



## SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES: *Nota clínica sobre roturas de riñón*, por el Dr. Juan G. Aguilar.—*La pituitrina en el tratamiento de la placenta previa*, por el Dr. D. Manuel Sánchez y Carrascosa.—*Características clínicas de la patología gástrica andaluza*, por el Dr. Fidel Fernández Martínez.—PRENSA PROFESIONAL: *Estudio etiológico e higiénico de la colibacilosis en Barcelona*, por el alumno Nicolás Bonni.—*Síntomas de los cálculos vesicales*, por el Dr. D. Angel Pulido Martín.—*Higiene de la bebida*, por el Dr. Manuel Arredondo.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Sociedad Oftalmológica de Madrid*.—SECCIÓN VARIA: *Sobre el actual estado sanitario de Francia y su identidad con la epidemia gripal en España*.

Se autoriza la reproducción de nuestros artículos, indicando la procedencia. De todas las obras que se nos remitan dos ejemplares, publicaremos un estudio crítico. El envío de un solo ejemplar da derecho al anuncio en lugar correspondiente. No se devuelven los originales, ni se publicarán los artículos que no estén íntegros en esta Redacción.



RECONSTITUYENTE :: TUBERCULOSIS :: CON-

SUNCIÓN :: ANEMIAS :: CONVALECENCIAS

## Jarabe Antiferino Moreno

PREPARACIÓN RACIONAL Y CIENTÍFICA PARA COMBATIR CON ÉXITO EN TODOS SUS PERÍODOS LA MÁS REBELDE COQUELUCHE.

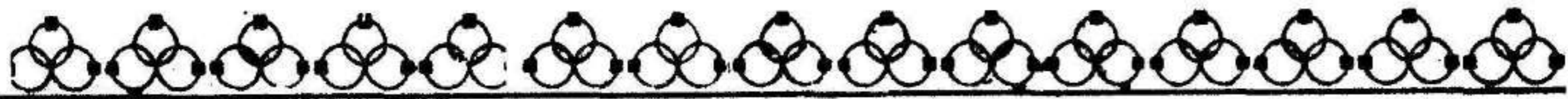
## DENTICINA MORENO

SOBERANO REMEDIO PARA COMBATIR TODAS LAS AFECCIONES DEL ESTÓMAGO Y VIENTRE EN LOS NIÑOS.

Cura los VÓMITOS y DIARREA; facilita el BROTE y desarrollo de los DIENTES; evita el picor de las ENCÍAS. Combate las ALFERECÍAS y en general todos los desarreglos que lleva consigo el período de la DENTICIÓN.

Los preparados de **J. MORENO** se hallan de venta en todas las Farmacias, y en la de su autor

**Plaza de Camachos, 26.-MURCIA**



**FARMACIA**  
**CATALANA**

DE  
**M. REBOROSO**

(MURCIA)  
LA MEJOR  
**SURTIDA**  
Y MAS  
**ECONOMICA**





**FARMACIA**

— Y —

**Droguería**

**Viuda de Ruiz Seiquer**

Especialidades nacionales y extranjeras

Sueros y Vacunas

Medicamentos modernos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Aguas minero-medicinales

Oxígeno puro para inhalaciones



**Plaza de San Bartolomé**

**MURCIA**





NUESTROS  
COLABORADORES

**Dr. Juan G. Aguilar**

:: Ex-Interno del ::  
Hospital Clínico de  
:: :: Madrid :: ::



# MURCIA MÉDICA

::: Publicación mensual de Medicina, Cirugía y especialidades :::

— Organó oficial de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia —

Año IV .. Noviembre 1918 .. Núm. 44

## TRABAJOS ORIGINALES

# NOTA CLÍNICA SOBRE ROTURAS DE RIÑÓN

Por el DR. JUAN G. AGUILAR

*Jefe del servicio de mujeres de las Clínicas del Dr. Cardenal. Ex-interno del Hospital Clínico*

EL caso sobre que vamos a ocuparnos se presta a algunas disquisiciones de índole técnica y práctica. Se trata de una muchacha que vimos nosotros en la mesa del Depósito judicial de Madrid, durante las prácticas médico-forenses que bajo la dirección del Profesor Maestro, hicimos mientras en la Facultad de Medicina cursábamos la asignatura de Medicina legal. Gracias a la amabilidad de nuestro amigo y maestro el Dr. Piga, hicimos entonces un trabajo sobre el caso desde el punto de vista médico-legal, que es publicado en el *Boletín del Instituto de Medicina Legal*, y vamos a estudiarlo ahora clínicamente, ya que desde este punto, tiene un interés tan grande, como desde aquel que sirvió para nuestro anterior trabajo.

\*\*\*

Trátase de una muchacha de 16 años, que desde una altura de 18 metros, cayó sobre la acera de una calle del barrio de Salamanca, falleciendo al poco tiempo en la Casa de Socorro, a pesar de los cuidados facultativos que con urgencia se le prestaron. Practicamos la autopsia y encontramos los signos que vamos a enumerar.

**Examen externo.**—1.° *Signos de muerte:* Existía rigidez cadavérica. Manchas verdes en el vientre de putrefacción. Manchas hipostáticas. 2.° *Signos de identidad:* Talla, 1'60 metros. Conformación normal, huesos, dientes, uñas, orejas, normales. Ninguna cicatriz. 3.° *Estado de la piel:* Presentaba algunas contusiones pequeñas en el muslo y pierna derecha. En el brazo derecho y mejor aún en el codo derecho, presentaba signos de una contusión bastante intensa.

**Cabeza.**—*Cara:* Se apreciaba una gran mancha de color vinoso que comprendía toda la mitad derecha de la frente, sien y párpado del lado derecho. Sangre procedente de hemorragia nasal, bucal y auricular. *Cráneo:* La mancha que hemos descrito en la frente, se continuaba con la que presentaba en el cráneo y que correspondía a las regiones frontal y mitad anterior parietal. En la formación media de la línea fronto-parietal, la piel estaba herida contusamente. No hay salida de sustancia cerebral.

**Cuello.**—No presenta ninguna particularidad que llame la atención.

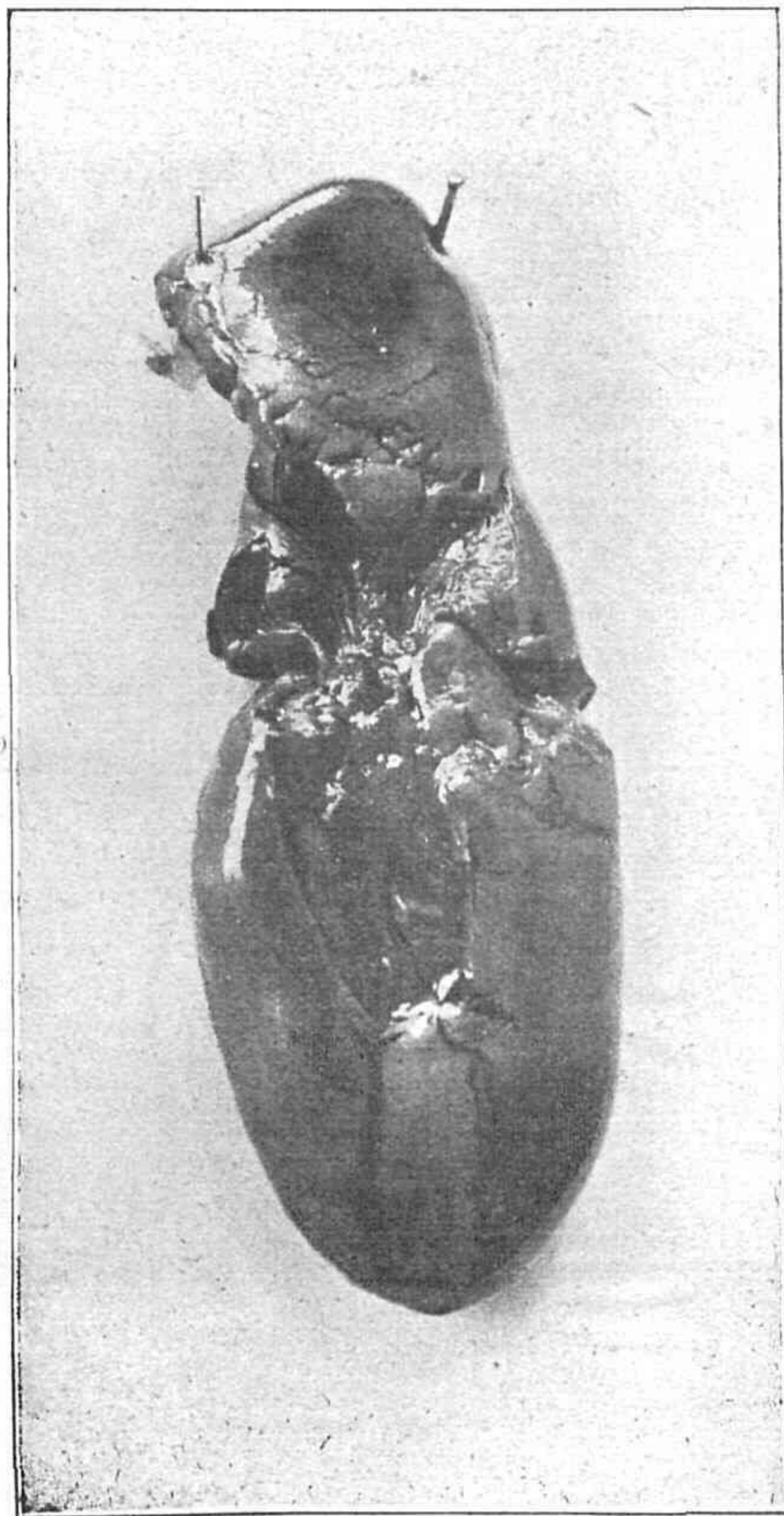
**Tronco y miembros.**—En el tronco no se observa lesión de ninguna clase y en cuanto a los miembros, los inferiores están normales y en los superiores hay que apuntar la fractura completa del cúbito derecho con desplazamiento del olécranon.

**Examen interno.**—En los pulmones encontramos un pequeño infarto en el lóbulo medio del pulmón izquierdo. El corazón no presenta lesión de ninguna clase y en las aurículas encontramos algún coágulo. Los grandes vasos no tienen rotura alguna.

El estómago está normal con pequeña cantidad de alimentos casi digeridos. El hígado muy friable, pero sin presentar en absoluto herida de ninguna clase. El bazo de color y tamaño normal y sin la menor señal de herida ni contusión. De los riñones; el derecho aparece envuelto en su cubierta peritoneal sumamente distendida por regular hemorragia. El parenquima renal está despedazado, como puede verse en la fotografía adjunta. El riñón izquierdo está normal, así como la vejiga, que contenía una pequeña cantidad de sangre en su interior.

El cráneo presenta una fractura de la base que empezando en la región fronto-parietal derecha, se dirige oblicuamente de delante atrás y de derecha a izquierda, pasando por delante de la gran ala esfenoidal derecha, se desvía hacia atrás para presentar una doble línea de fractura en la silla turca y continuarse en línea única y casi recta, hasta la base del peñasco izquierdo. Las meninges presentan una mediana infiltración sanguínea. No existe rotura del cerebro a nivel de las alas de Ingrassias, ni en ninguna otra parte. No hay hemorragia interna.





**Nota clínica sobre roturas de riñón. (DR. JUAN G. AGUILAR)**



Lo primero que nos llamó la atención, fué la rareza de las lesiones dada la causa de la muerte, mejor dicho, dada la índole del traumatismo. En la muerte por precipitación, no son las fracturas óseas, por externas que sean, las causantes de la muerte, sino que ésta se presenta rápidamente por la hemorragia producida a consecuencia de las heridas viscerales en órganos indispensables para la vida. Estas heridas enumeradas por el orden en que con mayor frecuencia se presentan son las siguientes: roturas del hígado, roturas del bazo, roturas del cerebro a nivel de las alas de Ingrassias, mas raramente roturas de la aorta, del corazón, de los pulmones; en fin, en los grandes choques se pueden encontrar roturas de los riñones, de la vejiga, del intestino y sobre todo la rotura del diafragma y la hernia del hígado, del bazo o del estómago.

La rotura del hígado que como se ve es la más frecuente, presenta caracteres diferentes según el punto del cuerpo que primero chocó contra el suelo. Si el sujeto cae perpendicularmente sobre la cabeza, el hígado no tendrá tendencia a contusionarse contra la columna vertebral, ni contra las costillas, sino que toda la fuerza viva producida le aplastará contra el diafragma. No habrá desgarraduras por arrancamiento a los lados del ligamento suspensorio. Su cara inferior tenderá a aplanarse y se agrieta; la superior se introduce en forma de cuña en la cavidad torácica y esto dará por consecuencia las lesiones de ambas superficies, cóncava y convexa que aparecen en la precipitación perpendicular a la cabeza.

Si el individuo cae perpendicularmente sobre los pies, las rodillas o sentado, el ligamento falciforme podrá ser arrancado y producir desgarros por arrancamiento. En las caídas sobre el costado izquierdo, el ligamento suspensor puede también ser arrancado, ya que el hígado es fácilmente desplazable hacia el hipocondrio izquierdo que generalmente está poco ocupado por vísceras distendidas. En las caídas sobre el lado derecho o contra la cara anterior del pecho y abdomen, se observan múltiples contusiones en el hígado, principalmente en su cara convexa, que pueden o no coincidir con fracturas de las costillas, principalmente las falsas. Como puede verse, dice Bonnett, la precipitación, raramente produce la sacudida del hígado sin que se acompañe de alteración en su tejido.

Ternillón demostró con experiencias propias publicadas en los *Archivos de Fisiología* en 1885, que las lesiones más comunes del hígado, eran cisuras alargadas, poco profundas, que interesaban la cápsula y una parte del parenquima subyacente. La dirección principal de estas cisuras es antero-posterior. En ciertos casos las cisuras pueden ser múltiples y de diversas direcciones, dando el hígado la apariencia del agrietamiento de la porcelana china.

Las lesiones son más frecuentes en la cara inferior que en la superior y pueden ser exangües cuando el golpe haya sido pequeño, pero en las grandes caídas, las

grietas son muy profundas y la cantidad de sangre que de ellas mana, considerable. También es curioso hacer notar que las lesiones del lóbulo derecho imperan en frecuencia a las del lóbulo izquierdo. Mayer ha anotado 54 roturas del lóbulo derecho, por 10 del izquierdo y 21 del lóbulo medio.

En nuestro caso ninguna de las lesiones descritas, se encontraron. Hemos enumerado, como lo hacen los libros clásicos, diferentes modos de caer y hemos dicho que lesiones hepáticas se producen, pero a pesar de que las roturas del hígado son las que se encuentran en mayor número de casos y de que las demás roturas viscerales son con mucho, menos frecuentes y si se presentan, casi siempre lo hacen acompañando a aquellas, en nuestro precipitado no se encontraron. Nos hace pensar esto en que la manera de caer en nuestro caso, no ha sido ninguna de las que según Bonnett hemos descrito. En efecto, recuérdese que hemos hablado de las heridas de hígado en las caídas perpendiculares sobre la cabeza y pies, de caídas sobre el costado derecho y costado izquierdo, sobre el dorso y sobre el plano anterior del cuerpo y en nuestro caso, la caída no fué de ninguna de estas maneras, particularidad a tener en cuenta para explicarnos la rarísima lesión renal dado el mecanismo de la caída sobre el que hemos de detenernos fijamente. Recuérdese que el foco de fractura craneal y el sitio en donde el examen externo nos manifestaba la mayor contusión, era la región fronto-parietal derecha, lo cual nos hace suponer que la caída fué *oblicuamente* sobre la cabeza, es decir una forma que no ha estudiado Bonnett.

Después del hígado, es el bazo el órgano que con mayor frecuencia sufre los efectos de las caídas desde un sitio elevado, pero las roturas del bazo se presentan en determinadas condiciones. Recopilando lo dicho por diferentes autores, puede admitirse que un bazo sano puede ser roto si se cumplen estas dos condiciones: 1.º Que esté adosado al costado izquierdo por la replección del estómago, y 2.º, que la contusión actúe localmente. Para que la rotura sea debida a contra-golpe, y teniendo en cuenta que el bazo es un órgano que tiene una posible movilidad de alguna consideración y teniendo también en cuenta su pequeño tamaño, hay que admitir que sufre un estado patológico. Sabemos que más aún que ninguna otra viscera, el bazo está expuesto a sufrir las consecuencias de un paludismo, de una fiebre tifoidea, del alcoholismo, etc. Todos estos procesos le hacen perder su resistencia habitual y le exponen a sufrir la acción de traumatismos directos o contra-golpes. Recordando la presencia con que las enfermedades citadas se presentan, se comprende porque las lesiones del bazo en los precipitados siguen en frecuencia a las del hígado. En nuestro caso no es extraño que no encontrásemos lesiones del bazo, ya que las condiciones de la caída y la buena constitución de la víctima, le excluían del cuadro con que estas lesiones se presentan.

La tercera lesión característica de la precipitación y que descrita por varios autores, ha sido estudiada preferentemente por el profesor Lacanague, consiste en la rotura del cerebro a nivel de las pequeñas alas del esfenoides o apófisis de Ingrassias. La producción de estas lesiones se ha estudiado por dos mecanismos: 1.º *Caída sobre los pies*. En esta caída, detenido el cuerpo bruscamente por el choque contra el suelo, el cerebro al igual que otras vísceras, sigue su movimiento según las leyes de la gravedad y se hiere contra las alas menores esfenoidales que forman un saliente notable en la superficie de la base craneana. El segundo mecanismo estudiado es la caída perpendicular sobre la cabeza. En esta caída o bien la caja craneana, gracias a su elasticidad se deforma y esta deformidad hace que la lámina ósea resistente que forma las apófisis de Ingrassias, se introduzca en la substancia cerebral, o es esta substancia cerebral la que reaccionando a la deformidad de la caja con la deformidad suya, aplastase contra el saliente esfenoidal.

La rotura del corazón, sin que existiese una alteración anterior del músculo cardíaco, es muy rara. Haller y Morgagni citan algunos casos. Bertin, en su Tratado de las *Enfermedades del Corazón y de los Grandes Vasos*, habla de un hombre que se lanzó desde una ventana produciéndose una rotura de la orejuela derecha, estando atacado de una horrible disnea. Renault, cita el caso de un enfermo afecto de parálisis general que se suicidó precipitándose desde el tercer piso del hospital en que estaba, y en el cual, la autopsia demostró la existencia de una herida triangular en el ventrículo derecho, al mismo tiempo que una formidable degeneración grasienta del corazón.

Las heridas de la aorta reclaman para producirse un contragolpe violentísimo, sobre todo, si no son asiento de ateroma sus paredes.

Los pulmones pueden ser lesionados en una precipitación, por dos mecanismos. O bien existen fracturas costales que indirectamente producen las heridas, o bien se producen por contra-golpe, exigiéndose para ello que el choque se haya producido estando el individuo haciendo un esfuerzo considerable.

La vejiga exige para romperse en un caso de precipitación, el estar llena de líquido. Únicamente así se puede admitir con Rivington, que el esfuerzo de los músculos abdominales la hagan chocar contra el promontorio y se rompa.

El estómago también puede ser desgarrado en todas o en parte de sus capas, con motivo de una caída desde lugar elevado. La dilatación del mismo es condición casi indispensable.

La rotura del riñón, resulta tan rara en los casos de precipitación, que en la monografía que a este asunto dedica Bonnett, apenas se ocupa de ello. Morgagni, citó un caso en que por caída de un sitio elevado, encontró rotos el bazo y el riñón izquierdo.

Resulta difícil establecer el mecanismo por el cual se rompe el riñón y desde luego separadas las causas directas de las indirectas, tienen éstas una más difícil explicación que aquéllas. Si en nuestro caso hubiéramos encontrado lesiones cutáneas en la región lumbar, hubiéramos admitido el mecanismo de ruptura por *presión hidrúlica*, sostenido por Kúster y comprobado por Albarrán.

Las lesiones traumáticas del riñón, dice Schede, pueden producirse de muy diferentes modos, pero el mecanismo por el cual se producen, no es siempre fácil de comprender. En efecto, el caso presente confirma lo dicho por el profesor de Bonn. Que la rotura no se produjo por golpe directo, lo confirma la integridad de la piel en la región renal y la misma forma de las roturas, que como puede verse en la fotografía de nuestro caso, están alrededor del pedículo, haciendo pensar en que la velocidad adquirida habría de solicitar al riñón hacia arriba y hacia afuera y siendo el riñón órgano que no tiene más movimientos que hacia abajo y hacia adentro, por la fijeza de su pedículo, las roturas se producirían a nivel de éste, como en efecto sucedió. Resulta una rotura por arrancamiento, que aun cuando ningún caso publicado corresponde a este mecanismo, ya fué aceptado por Le Dentú.

Resulta de este caso la enseñanza de que en estos grandes traumatismos la posibilidad de la rotura de un riñón sin coincidir con otras heridas viscerales (cosa desde luego tan rara que nuestro caso es el único conocido), nos hace ver que si el lesionado no muere a consecuencia del *schoc* rápido, la exploración adecuada y la nefrectomía inmediata, les puede salvar la vida.

La primera nefrectomía practicada por hemorragia fué llevada a cabo en 1883 por Rowdon, diecisiete días después del traumatismo. El caso terminó funestamente a consecuencia de la supuración del otro riñón. El segundo caso operado lo fué por Arx, veinte días después del accidente y también fué seguido de muerte, por estado anémico del paciente. Y fué Studsgaard, de Copenhague, quien en 1889 practicó con éxito la nefrectomía por hemorragia a las cuarenta y ocho horas del accidente.

Se comprende fácilmente que la intervención para que dé resultado, habrá de ser practicada en tiempo oportuno y la determinación de esta oportunidad, es la que habrá de fijar el cirujano. Las operaciones tardías como las practicadas por Rowdon y Arx, tendrán el inconveniente de la anemia o la infección, y las operaciones demasiado precoces y estando el paciente en estado de *shock*, no podrán practicarse sin peligro de que el enfermo se quede en la mesa de operaciones. Sobre este último punto, se ha insistido recientemente en la *Sociedad de Cirugía*, de París (1), en donde los más notables cirujanos franceses se mostraron conformes,

---

(1) Sesión del día 5 de Diciembre de 1917.

en que durante el shock nervioso, no debe intervenir. Ahora bien: durante el shock, la baja tensión sanguínea que constituye lo más notable de su fisiopatología, es una condición favorable para que el cirujano pueda aplazar la intervención, ya que la hemorragia es lo suficientemente poco intensa para permitir dicha espera, pero en el momento en que el enfermo salga del cuadro del shock, la operación será inmediata.

Posteriormente a los casos citados, se llevaron a cabo nefrectomías por hemorragia, cada vez más frecuentes y con mayor número de éxitos, y en algunos casos, la operación se practicó ya en las primeras horas.

No ha sido la extirpación del riñón la única operación recomendada contra las hemorragias traumáticas del órgano, sino que Kúster y Keetley, demostraron que en algunos casos se lograba el resultado apetecido con el simple taponamiento de la herida renal o de la pelvis renal. Claro es, que esto únicamente puede referirse a casos de pequeñas heridas y nunca a casos como el nuestro, en que la importancia del traumatismo, no hubiera permitido otra intervención que la radical nefrectomía.



# La pituitrina en el tratamiento de la placenta previa

POR EL

DR. D. MANUEL SÁNCHEZ Y CARRASCOSA

---

Todo recurso terapéutico que más se acerque a los que normalmente hace el organismo dará mejores resultados y en este caso se encuentra el maravilloso e inocuo occitócico. En nuestra Comunicación al II Congreso español de Obstetricia, Ginecología y Pediatría nos mostramos satisfechísimos en los casos en que la hemorragia no podía ser dominada con el reposo y las irrigaciones calientes, del taponamiento mixto (1) por ser un medio cohibitivo de la hemorragia y al mismo tiempo despertante de la contracción uterina con lo cual el parto podía terminar de modo espontáneo y satisfactorio. Si a este poder occitócico del taponamiento agregamos el de la pituitrina, habremos logrado el ideal, hoy día dado el estado actual de la ciencia. Con este proceder se realiza el parto dentro del mayor fisiologismo posible, y en el caso de relativo fracaso, siempre nos da un grado de dilatación uterina (lograda inocuamente) suficiente para poder intervenir del modo menos cruento (forceps, versión) y no tener que recurrir a la histerotomía abdominal o vaginal desde el primer momento en los casos de placenta muy baja (central, total o parcial).

Son ya bastantes los casos que nos ha resuelto satisfactoriamente la pituitrina y entre ellos citaremos los tres últimos, demostrativos de la bondad de tan preciado fármaco, sin el cual hubiésemos tenido que intervenir cruentamente y probablemente sin éxito satisfactorio:

*Primer caso.*—Se trataba de una múltipara en el 8.º mes de gestación la cual había tenido en el 7.º mes una copiosa hemorragia que la dejó profundamente anémica y la obligó a guardar cama bastantes días. Fui llamado cuando llevaba echando sangre nuevamente hacía 8 días. Su médico aconsejó a la familia se me avisase para que me encargase de su asistencia. La encontré con un pulso sumamente pequeño y perdiendo sangre abundantemente, y dado el estado que la había dejado las pérdidas ya sufridas hacían el caso de suma gravedad. Auscultado el corazón fetal se percibían sus latidos. El cuello muy reblandecido y permeable al dedo, el

---

(1) Actas del II Congreso español de Obstetricia, Ginecología y Pediatría (páginas 35, 36, 37, 38, 39, 40 y 41).



cual percibió con toda claridad torta placentaria (inserción marginal). La inyectamos intramuscularmente 2 c. c. de pituitrina Wellcome y a los tres minutos se presentó la primera contracción seguida de una serie tumultuosa de ellas lo que dió por resultado que a la media hora el encajamiento de la cabeza fetal fuese perfecto y que la dilatación fuese casi completa. La inyecté un c. c. más del medicamento dando a luz al cuarto de hora un feto vivo. El alumbramiento fué espontáneo y la retracción uterina completa. Se la inyectó suero fisiológico con cafeína, siguiendo un puerperio completamente fisiológico.

*Segundo caso.*—Fui llamado a un pueblo inmediato para ver a una embarazada a término que tenía una copiosa hemorragia genital. El médico tenía hecho el diagnóstico, que comprobé, de placenta previa marginal y la noche anterior había hecho un taponamiento vaginal que cohibió en parte la hemorragia, pues el taponamiento rezumaba sangre y lo retiró momentos antes de llegar yo. Previa desinfección vaginal la hice un nuevo taponamiento con gasa iodofórmica y la inyecté 1 1/2 c. c. de pituitrina intramuscularmente despertándose a los cinco minutos potentes contracciones uterinas las cuales a la hora y media adquirieron el carácter expulsivo y entonces retiré el taponamiento y me encontré con la dilatación completa; rompí la bolsa amniótica dando a luz a los pocos minutos un feto muerto. Tuve que hacer alumbramiento artificial, con lo que quedó resuelto el problema. Se la inyectó suero y cafeína y el puerperio fué normal.

*Tercer caso.*—Se trataba de la esposa de un distinguido médico y muy amigo mío el cual envió a por mí para que me trasladase a su residencia veraniega porque su señora sentía pequeñísimos dolores de parto y cada uno de ellos iba acompañado de pérdida de sangre por los genitales. Una vez en la casa de los interesados me dijeron, que en Agosto (el caso que relato ocurrió en Septiembre próximo pasado) tuvo hemorragias y que como yo me hallaba fuera de Murcia, consultó con otro profesor el cual aconsejó lo que creyó oportuno. En el tercer mes de este embarazo tuvo alguna pérdida sanguínea que se resolvió, cuando me lo consultaron, con el reposo y la tintura de hidrastis y viboznun.

Esta enferma a la que yo asisto en todos sus partos es múltipara (5.<sup>a</sup> gestación de 7 meses) con vientre péndulo y reconocido pude apreciar se trataba de una placenta previa central parcial, con una dilatación del diámetro de una peseta con feto en presentación de vértice y movable en el estrecho superior; el cuello rígido por una cervicitis que padece dicha señora. Convencidos de la bondad de la pituitrina en estos casos por ella nos decidimos. El problema estriba en el vaciamiento del útero y de no haber poseído dicha portentosa droga ¿qué recursos podíamos haber empleado para lograrlo? Creemos que con el taponamiento no sería suficiente para que hubiese sido completada la dilatación espontánea; la rotura de las mem-

branas resultaría un problema arduo para poder llegar, despegando con el dedo placenta, a ellas o atravesando la torta placentaria con el perforamembranas para poder romper el elástico amnios y con el dedo ampliar la rotura y todo esto precedido de la dilatación cervical ya manual e instrumental; la primera muy difícil y la segunda con el Bossi muy expuesta a roturas por las condiciones anatómicas del cuello y a todo esto la enferma perdiendo sangre. El caso tampoco era susceptible aun siendo nosotros, que no lo somos, partidarios de la histerotomía vaginal, porque el cuello se había borrado y además es condición indispensable en dicha intervención despegar placenta, precisamente de la que debemos huir por ser la fuente de la hemorragia; por lo tanto se trataba de un caso de histerotomía abdominal clásica con todos los peligros de esta intervención.

Tal gravedad fué resuelta acercándose, como decíamos al principio, a la normalidad, por la pituitrina, de la que inyectamos intramuscularmente en la nalga 3 c. c. habiendo hecho antes un taponamiento vaginal con gasa iodofórmica, a los pocos minutos de la inyección comenzaron potentes contracciones uterinas (el vientre se mantuvo elevado para favorecer el encajamiento) y a las tres horas retiré el taponamiento encontrándome que la enferma, que no había vuelto a perder sangre, tenía la dilatación casi completa y que la placenta hacía procedencia a través de la dilatación y la presentación profundamente encajada; hice un nuevo taponamiento vaginal y como las contracciones se debilitasen y distanciasen inyecté un 1 c. c. más de pituitrina y volvieron a hacerse frecuentes y potentes adquiriendo pronto el carácter expulsivo. La enferma dice que se sale el taponamiento y en efecto parte de él se hallaba entre los muslos y lo retiré encontrando en la vagina la presentación, dando a luz a los pocos momentos un feto masculino de 7 meses profundamente asfíctico el cual volvió a la vida mediante la respiración artificial. El alumbramiento se realizó espontáneamente y vimos que la placenta tenía una rotura a través de la cual salió el feto. El puerperio fué normal.

Nuestra experiencia, ya muy extensa, de la pituitrina nos hace afirmar que se trata de un maravilloso producto occitócico que no produce trastornos orgánicos y que por lo tanto se puede emplear a dosis altas y repetidas.

Una de sus más maravillosas indicaciones son los casos de placenta previa como ya queda demostrado con lo expuesto, porque podemos mantener artificialmente la contractilidad del miometrio, hasta que el parto se realice, inyectando producto (por vía endovenosa o intramuscular) las veces que se necesite, esto es, tan pronto como las contracciones se debiliten. Nosotros hemos inyectado hasta 10 y 12 c. c. en el curso de un parto sin que la madre y el feto hallan sufrido nada absolutamente.

# CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA PATOLOGÍA GÁSTRICA ANDALUZA (1)

Comunicación al I Congreso español de Medicina (Madrid, Octubre 1918)

Por el DR. FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

(DE GRANADA)

El problema de la composición normal del jugo gástrico permanece aún sin resolver, a despecho del interés que en todo tiempo ha despertado, y de la intensa labor investigadora que ha merecido de clínicos, químicos y fisiólogos de todos los países.

Basta ojear los tratados de la especialidad y andar un poco por los consultorios de los maestros, para hacerse cargo de la diversidad de criterios que en la materia dominan, y de las discrepancias que en la valoración de los componentes del quimismo gástrico ofrecen los gastro-patólogos.

He aquí, como ejemplo, un resumen de las cifras que algunos de ellos consideran como representativas del ácido clorhídrico de un estómago normal:

Valor HC

Richet . . . . .	1,7 a 3,4 por 1000
Seemann . . . . .	6 » »
Herzen . . . . .	1,3 a 1,9 » »
Velden . . . . .	1,2 a 1,5 » »
Riegel . . . . .	3 » »
Schlern . . . . .	2,2 a 2,3 » »
Gerhardt . . . . .	1,5 a 4 » »
Ewald . . . . .	1,3 a 2,3 » »
Reichmann . . . . .	2 a 2,2 » »
Sticker . . . . .	1,5 a 2 » »
Bouveret . . . . .	1,8 a 2,3 » »
Yagüe . . . . .	1,2 a 1,6 » »
Madinaveitia . . . . .	1,4 a 1,6 » »
López Campello . . . . .	1,2 a 1,6 » »

(1) Véase la Comunicación que, con este mismo título, presentamos al Congreso de la Asociación española para el Progreso de las Ciencias. Sevilla, Mayo del 1918.

Resulta, pues, completamente imposible adquirir criterio fijo, bien que acaso dependa todo de la variabilidad que ofrece el quimismo gástrico que, influido por mil motivos diferentes, no obedece a leyes inmutables y no ofrece la fijeza de caracteres que distinguen a otras funciones químico-biológicas de nuestro organismo.

Cualquiera que esté un poco habituado a sondear enfermos y a examinar contenidos de los estómagos que explora, sabe perfectamente con cuánta frecuencia están en absoluta discordancia los signos clínicos con los resultados del análisis, y cuántas veces al ensayar un jugo que se suponía normal, nos encontramos con unas cifras que caen dentro de lo que creemos patológico.

Y es que, sin duda alguna, todas las variaciones del quimismo se pueden ver en los sanos, y lo que llamamos quimismo normal no es más que un término medio ficticio entre los extremos que se suelen dar en los que gozan de buena salud.

No hay que dudar que en la producción del jugo gástrico intervienen una porción de factores que se escapan muchas veces a nuestra investigación, siquiera sea esta muy detenida y concienzuda.

La edad y el temperamento del enfermo, la excitabilidad del sistema nervioso, los fenómenos psíquicos que estimulan o deprimen la secreción, la herencia, los reflejos de diverso origen, la cantidad, calidad y temperatura de los alimentos, la menstruación, la acción química de los alimentos ingeridos, y la localidad en que reside el enfermo, son elementos que influyen muy poderosamente en la composición del contenido de un estómago.

Es, pues, preciso cotizar todos estos valores antes de dar dictamen sobre el quimismo gástrico de un sujeto sometido a nuestros cuidados y precisa siempre apreciar todos los elementos en su verdadera significación, para que el juicio que formemos se acerque todo lo posible a la realidad.

Nosotros creemos que en este asunto hay que dar más valor a lo que cada médico ve por sí mismo en la localidad que ejerce, que a todo lo que digan los especialistas más eminentes, y es que la alimentación, la herencia, las costumbres, a que el enfermo de cada una está sometido, imprimen un sello especial a sus jugos digestivos, que en vano podrá calcular a priori el que en otros núcleos de población cimente sus conocimientos.

En una Conferencia que sobre *Características regionales de la patología andaluza* dimos recientemente en la Real Academia española de Medicina, tuvimos ocasión de decir algo de lo que ahora apuntamos aquí.

No es posible—decíamos—comparar la alimentación de un labriego alpujarrero, hecha a base puramente vegetal, con gran predominio de las hortalizas que se crían en sus riberas, con la patata como elemento principal de sus guisos, con el aceite de oliva como vehículo de la preparación culinaria, con el tomate y el pimien-

to como complemento de sus frugales comidas, con el centeno como materia prima de su pan, a la nutrición del pescador noruego, o del campesino germano, o del ouvrier parisién, que guisa con manteca, sazona con las especias más variadas, consume la carne en abundancia, se escita con los aperitivos, bebe cerveza a grandes dosis y come pan hecho con harinas incompletas y refinadas. Ni es posible que produzca análogos efectos el agua obtenida de manantiales que manan en la roca viva, al pie de ventisqueros de cuya fusión proceden, que la recogida en canales descubiertos y tomada de ríos que fertilizaron comarcas laborables y recogieron la escreta de nutridas poblaciones y los detritus de campos abonados y labrados. Ni dejará de tener acción sobre la población de una comarca, el abuso de las bebidas alcohólicas, la afición a los aperitivos, el empleo de las especias, el uso continuado de las conservas alimenticias, el hábito de ingerir sustancias frías y la costumbre de introducir siempre alimentos recién sacados del fuego.

Hay, pues, en cada región una serie de factores que influyen sobre la secreción del jugo gástrico imprimiendo cierto peculiar carácter a sus reacciones normales y patológicas. Y como esos modos reaccionales, al persistir las causas que los engendran, pasan a ser permanentes en el sujeto que los sufre, y serán, al menos en parte, transmitidos por herencia, puede deducirse lógicamente que un sello especial llevará el quimismo gástrico de los habitantes de cada región del Planeta que habitamos.

Nosotros hemos pretendido, de algún tiempo a esta parte, fijar el tipo químico del que corresponde a los pobladores de nuestra Andalucía, y sondamos, a ese objeto, el mayor número posible de personas que caen en nuestras manos.

Pero es tal el miedo al cateterismo, el temor a la sonda, la repugnancia a dejarse explorar sin evidente necesidad, que son pocos los casos que podemos ensayar sin que una molestia digestiva justifique el empleo de la evacuación artificial del estómago por medio de la sonda.

El número de exploraciones que hemos podido hacer en individuos aparentemente sanos, o que no aquejen trastornos gastrointestinales, es realmente ridículo todavía, y no podría servir para sentar ninguna definitiva conclusión.

Pero poseemos, en cambio, un número relativamente crecido de análisis practicados a enfermos de la especialidad, procedentes de diversas regiones andaluzas, y suficientes, ya que no a dar el tipo de quimismo normal en la comarca, a enseñarnos las modalidades que con más frecuencia se dan en las gastropatías de sus habitantes.

No hemos querido aprovechar los datos estadísticos de enfermos que no vienen de pueblos andaluces, y hemos prescindido por completo de los análisis hechos por colegas médicos o farmacéuticos, por profesores de otros departamentos de nuestro

Hospital, ya que, inspirándonos fé ciega su suficiencia y seriedad, tememos que sus resultados no siempre concuerden con los nuestros, toda vez que al tratarse de reacciones colorantes, cuyo virage indica el momento de valorar el factor que se investiga, hay un tanto por ciento personal muy variable, que depende del reactivo que se emplea, del talón que se toma como tipo, de la técnica que se sigue y hasta de la luz a que se opera.

Por el mismo motivo sólo utilizamos los análisis que tienen menos de treinta meses de fecha, época que corresponde a la en que empezamos a utilizar el reactivo de Linossier, prescindiendo del método de Hayem-Winter, que, desde entonces, rara vez usamos y de los más o menos expeditos que se encuentran en los tratados de exploración digestiva.

Nos vamos, pues, a referir a los análisis de contenido gástrico que por el procedimiento de Linossier hemos verificado, ocupándonos, únicamente, de la cantidad de ácido clorhídrico libre, del combinado y de la suma de ambos, o sea de los valores H, C y CH de la terminología universal.

Prescindimos, por ahora, de las demás cifras del análisis, como prescindimos de todos los practicados con anterioridad a la fecha señalada, de los hechos por procedimiento distinto del de Linossier, de los obtenidos por otros colegas o en otros laboratorios, de los que después del primero se han seguido haciendo periódicamente ciertos enfermos, y de los que proceden de gentes que viven fuera del solar andaluz.

Comprende, pues, nuestra estadística el examen del ácido clorhídrico libre, del combinado y de la clorhidria de QUINIENTOS VEINTE andaluces procedentes, en su mayor parte, de las provincias de Granada, Málaga, Almería, Córdoba y Jaén, y, en pequeña proporción de las de Cádiz, Sevilla y Huelva.

Unas son gentes acomodadas que se permiten el lujo de hacer un viaje en busca del especialista; otros, son pobres labriegos que buscan en la caridad nosocomial el alivio a sus dolencias. Los hay de toda edad, sexo y condición; sujetos a plan o abusando de la alimentación, descuidados o sometidos a medicación farmacológica, crónicos y agudos, recientes y enfermos muy antiguos, desheredados que sólo comen lo que pueden, y poderosos que se sientan a la mesa refinada de un cocinero parisién, valores, todos, que en su día cotizaremos, cuando con más elementos, menos agobios de tiempo, y más espacio disponible, abordemos de lleno el problema que nos ocupa.

He aquí los datos que, de momento, creemos posible publicar.

En 520 análisis hay:

9	jugos alcalinos . . . . .	1,73	por 100
80	— con H negativo. . . . .	15,58	— —
90	— — C — . . . . .	17,30	— —
100	— — HC — . . . . .	19,30	— —
120	— — H menor que 0,500 . . . . .	23,07	— —
90	— — — mayor — 0,500 y menor que 1,000 . . . . .	16,93	— —
75	— — — — — 1,000 — — — 1,500 . . . . .	14,40	— —
73	— — — — — 1,500 — — — 2,000 . . . . .	14,04	— —
60	— — — — — 2,000 — — — 2,500 . . . . .	11,54	— —
23	— — — — — 2,500 — — — 3,000 . . . . .	4,42	— —
9	— — — — — 3,000 — — — 3,500 . . . . .	1,77	— —
1	— — — — — 3,500 — — — 4,000 . . . . .	0,19	— —
0	— — — — — 4,000 — — — 5,000 . . . . .	0,00	— —
1	— — — — — 5,000 . . . . .	0,19	— —
230	— — C menor — 0,500 . . . . .	44,23	— —
180	— — — mayor — 0,500 y menor que 1,000 . . . . .	34,61	— —
60	— — — — — 1,000 — — — 1,500 . . . . .	11,53	— —
8	— — — — — 1,500 — — — 2,000 . . . . .	1,53	— —
3	— — — — — 2,000 — — — 2,500 . . . . .	0,57	— —
0	— — — — — 2,500 — — — 3,000 . . . . .	0,00	— —
2	— — — — — 3,000 — — — 4,000 . . . . .	0,38	— —
0	— — — — — 4,000 . . . . .	0,00	— —
107	— — HC menor — 0,500 . . . . .	20,57	— —
25	— — — mayor — 0,500 y menor que 1,000 . . . . .	4,80	— —
100	— — — — — 1,000 — — — 1,500 . . . . .	19,22	— —
59	— — — — — 1,500 — — — 2,000 . . . . .	11,54	— —
75	— — — — — 2,000 — — — 2,500 . . . . .	14,42	— —
48	— — — — — 2,500 — — — 3,000 . . . . .	9,23	— —
33	— — — — — 3,000 — — — 3,500 . . . . .	6,23	— —
6	— — — — — 3,500 — — — 4,000 . . . . .	1,07	— —
8	— — — — — 4,000 — — — 5,000 . . . . .	1,53	— —
1	— — — — — 5,000 . . . . .	0,19	— —

Hay, pues, una proporción realmente importantísima de enfermos con quimismo anaclorhídrico, y resulta aún mayor la proporción de hipoclorhídricos, apareciendo, en cambio, relativamente débil la de los hiperclorhídricos.

Como precisamente, y en fecha reciente, se ha dicho por un distinguido espe-

cialista madrileño que la hiperclorhidria es muy frecuente en España, y singularmente en Andalucía, vale bien la pena de detenernos un momento sobre las cifras anteriores.

Nosotros hemos visto siempre las hipoclorhidrias, o por lo menos lo que con arreglo a los datos de los libros se deben llamar hipoclorhidrias, con una frecuencia que nos llamaba la atención, y por eso dimos por erróneo el citado concepto cuando tuvimos ocasión para ello en la Conferencia ya citada y en nuestra Comunicación al Congreso de Sevilla.

La explicación, por lo demás, nos parece bien fácil. En Andalucía no se abusa del embutido, como en Extremadura o en La Rioja; en cambio, el régimen de alimentación de nuestro labriego es esencialmente vegetariano, constituyendo para él la carne y sus similares un verdadero extraordinario que ni usa a diario, ni consume más que en muy cortas cantidades.

En la población rural de Andalucía ni se conocen los aperitivos, ni se abusa de las especias como en otras regiones españolas, ni se usan los alimentos de origen animal más que en proporción infinitamente menor a los vegetales.

Si es cierto que la función hace al órgano, si las adaptaciones al medio se transmiten por herencia, y si no hay más ciencia en Medicina que la fisiología aplicada al estado de salud y al de enfermedad, nosotros SOSPECHAMOS que el tipo medio del quimismo gástrico andaluz es inferior al de otras comarcas, y AFIRMAMOS, basados en una experiencia de 520 casos, que las hipo y las anaclorhidrias son en Andalucía bastante más frecuentes que lo que proporcionalmente debieran ser, con arreglo a los estados comparativos que se leen en los libros de la especialidad.

Y nada más podemos decir por hoy. Lo anterior, como la citada Nota presentada al Congreso sevillano, es como la Nota previa de un extenso trabajo, ya en preparación muy avanzada, donde al par que reforcemos y aclaremos los datos anteriormente expuestos, ampliaremos el campo de nuestras investigaciones, y procuraremos dar idea completa y acabada de lo que es en lo normal y en lo patológico el sello regional del quimismo gástrico andaluz.

Granada y Septiembre del 1918.





# PRENSA PROFESIONAL

Boletín Médico Catalana

(Núm. 990.-Septiembre 1918)

Cátedra de Higiene a cargo del Dr. D. Rafael Rodríguez Méndez

## Estudio etiológico e higiénico de la colibacilosis en Barcelona <sup>(1)</sup>

Por el alumno NICOLÁS BONNI

---

**Etiología.**—Es enfermedad infecciosa cuyo germen patógeno productor es el colibacilo (*bacterium coli commune*), descubierto por Escherich. Este colibacilo, que se presenta en general bajo la forma de un bastoncillo de dos a seis micras de largo, de extremos redondeados, provisto de seis a ocho flagelos situados en las extremidades, que es muy móvil, aunque algo menos que el de Eberth, que se tiñe por los colores de anilina, quedando decolorado a veces el centro, que se decolora por el *Gram* y es un aerobio facultativo desarrollándose bien, entre 20° y 37°, en todos los medios usuales, es un huésped normal de nuestro tubo intestinal, siendo un número de los tantos gérmenes que saprofiticamente vegetan en nuestro aparato digestivo; consecuentemente se le encuentra a menudo en la boca, en el esófago, en el estómago y, sobre todo, en los intestinos gruesos, donde se reproduce en extrema abundancia. Esparcidos en considerable número en las materias fecales los colibacilos pueden invadir fácilmente las mucosas genitales, la piel, vestidos, suelo, plantas, aguas, y favorecer la propagación de la infección.

Frecuentemente el colibacilo pasa a la circulación a favor de una lesión, ya grave, ya ligera de los intestinos; a veces, antes de provocar una septicemia, determina accidentes locales: enteritis, absceso del hígado, colecistitis, ictericia infecciosa, etc. Como dato importante que corrobora la teoría etiológica intestinal de la co-

---

(1) Trabajo presentado para optar a la matrícula de honor. (Curso de 1914-1915). Premiado.

libacilosis, hay el hecho de la frecuencia de esta septicemia en el curso de la oclusión intestinal, de la estrangulación herniaria, de la apendicitis, etc.

A veces el accidente primitivo afecta el aparato génitourinario: cistitis, metritis, salpingitis; excepcionalmente, en las recién paridas, la infección puerperal puede ser colibacilar.

En todos estos casos la septicemia es consecutiva a la infección por los bacilos que habitan en el intestino. A nosotros, este modo de producirse la infección nos interesa poco. Hay un factor muy importante, trascendentalísimo, y que explica múltiples casos que no cuadrarían con la teoría de localización de la infección a la lesión inicial, que obrando como puerta de entrada daría comienzo a la infección, algo así como una estafilococia, una estreptococia, etc., etc., es indudable, es innegable, que la mayor parte de colibacilosis son debidas, responden a un *origen hídrico*, y así como en la ebertheriosis, a pesar de haber abundantes casos en que es notoria la infección por el agua y, en cambio, en otros es indubitable, en la colibacilosis sucede lo propio, habiendo unas que no serán origen hídrico, pero la mayoría, etiológicamente, son tributarias de la infección hídrica.

Evidente es, por tanto, el semejante o igual origen de las dos enfermedades infecciosas, colibacilosis y ebertheriosis, y si ambos morbosismos, etiológicamente parecen hermanos, más análogas y cercanas una de la otra nos parecerían si nos ocupásemos, o sólo recordando los puntos de contacto innumerables que tienen las dos enfermedades en lo que hace referencia a su sintomatología, bacteriología y evolución, habiendo casos en que uno queda perplejo y es incapaz de precisar de cuál de las dos se trata, máxime cuando la colibacilosis corresponde a la descrita por Lamierre como *septicemia colibacilar de forma tifoidea*. Ahora bien, atendiendo a esas tan claras semejanzas, ¿a quién no le sugiere por acto reflejo inmediato la pregunta de cuántas tifoideas habrá, que no lo sean, es decir, cuántas etiquetas de fiebre tifoidea se habrán despachado tranquilamente, con más o menos sencillez o pomposidad y que en realidad corresponden al envase? Yo creo que muchas. Pensando en la pasada epidemia, y reflexionando sobre esta difícil, a veces imposible, diferenciación, es cuando se da cuenta del gran número de colibacilosis que, diagnosticadas de tifoideas, ha habido en Barcelona. Yo sé de varios enfermos de tifoidea curados en cinco o seis días por procedimientos radicales y a veces especiales, más o menos originales e inverosímiles; he hecho hincapié sobre todo esto porque tanto el asunto etiológico como profiláctico de la colibacilosis está tan ligado con el de la ebertheriosis, que mucho de lo que para la una se dice tiene aplicación para la otra. Atendiendo a esta gran semejanza, el segundo capítulo que se refiere a las medidas encaminadas a lograr la disminución de la infección no sólo será aplicable a la colibacilosis, sino a las dos infecciones a la vez.

Por tanto, y resumiendo, las colibacilosis que hay, ha habido y habrá en Barcelona, son una cuarta parte debidas la infección generalizada y procedente de lesión local, pero las tres cuartas partes son debidas a la infección por el agua de bebida.

**Estudio higiénico.**—La profilaxia de la colibacilosis es una cuestión trascendentalísima, importantísima, ya que al estudiarla y al preocuparse de ella no vamos directamente contra una enfermedad, sino que dirigimos nuestros dardos contra otra, más peligrosa, más mortal, más homicida, cual es la ebertheriosis. Inútil, pues, insistir sobre tal particular. Dividiré las medidas que hay que tomar en la profilaxia de ambas enfermedades, en medidas de *carácter general y medidas de carácter particular e individual*.

a) **MEDIDAS DE CARÁCTER GENERAL.**—Éstas son encargadas de practicarlas los Municipios. Voy a referirme al de Barcelona en particular, pues es donde desde el punto de vista de ciudadanía me interesa más. Y no sólo me circunscribiré a la tarea poco grata, pero no difícil, de hacer patentes las deficiencias de las soluciones adoptadas en Barcelona en la pasada epidemia y después, para atajar la enfermedad, sino que procuraré dar más amplitud al estudio, proponiendo no sólo la solución o soluciones que considere más felices y de inmediata aplicación, sino sentar los jalones de un futuro estudio de saneamiento de nuestra capital, cortando de raíz las causas que en época no lejana podrían provocar otra lamentable alteración de la salud pública, si creyendo que ya se ha hecho todo ahora, persisten otras muy importantes deficiencias que, imposibles de solventar con la perentoriedad debida, tienen imperiosamente que resolverse paso a paso si ha de ser una verdad el saneamiento de Barcelona, convirtiéndola en la ciudad bella entre las bellas, perla del Mediterráneo, ciudad ideal, que en medio de las inmensas, preciosas e inagotables bellezas que pródigamente derrama la naturaleza, brindando a sus moradores con la sublimidad de un sol no empañable, de un mar azul divino y bellos y armónicos montes vecinos, pueda ostentar con orgullo el título de *ciudad higiénica por excelencia*, como premio precioso de la virtud, constancia y trabajo de los hombres, como herencia innegable de la *civilización*.

El Excelentísimo Ayuntamiento de Barcelona, en vista de los resultados que arrojaron los diversos análisis efectuados en las aguas de Moncada, y para acallar el clamoreo del vecindario, tan justamente alarmado por el pavoroso conflicto sanitario de nuestra capital, decidió substituir, desde luego, la actual conducción rodada en galería por una tubería de cemento armado de 0'50 metros de diámetro.

No es mi ánimo desvanecer una esperanza que habrá alentado en el público al creer que con tal medio se ahuyentaba el temible azote que, desde algún tiempo, ha estado diezmando despiadadamente nuestra juventud, llevando el luto y descon-

suelo a numerosas familias que han visto desaparecer a sus deudos más queridos, pues creo firmemente que la solución que se ha adoptado es la más desgraciada de todas.

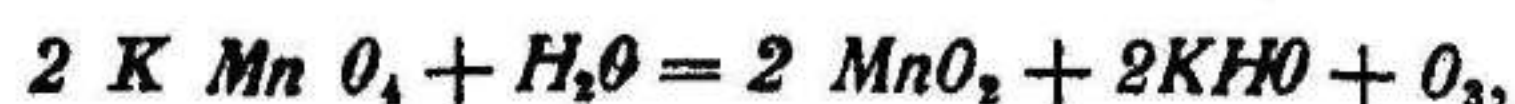
Ante todo nadie debe ignorar que la ciudad recibe su caudal en un *partidor* (que deja mucho que desear respecto a equidad en el reparto), con procedencia de una acequia en cuyas condiciones de alumbramiento y de tránsito no posee una intervención ni una fiscalización suficientemente efectiva y eficaz, por cuyo motivo podría darse el caso de que lo recibiese ya contaminado, y que se trata de un agua que, con evidente temeridad, se destina inmediata y directamente al consumo, sin que quepa practicar en ella decantación, filtración ni corrección de género alguno, ni siquiera regulación de abastecimiento, operaciones tenidas universalmente como indispensables en toda alimentación pública, y que, legendariamente, vienen a nuestra urbe irrisoriamente limitadas a los consuetudinarios depósitos domésticos, que vienen a ser una institución poco menos que intangible. En tales condiciones, la elección del cemento armado en piezas ensambladas para la ejecución de la nueva canalización que necesita establecerse en substitución de la antigua aducción rodada por mina, actualmente contaminada, que urge abandonar, no puede defenderse, técnica y económicamente, por ningún concepto, ni siquiera como solución ocasional o perentoria, puesto que no responden en principio la elección de material y la forma de su puesta en obra a las severas condiciones requeridas para una canalización de aguas destinadas a alimentación pública, ni satisfacen adecuadamente las condiciones especiales que presenta este problema concreto.

Voy a estudiar lo más sucintamente posible los inconvenientes de la *canalización con el cemento armado* y las ventajas de la *canalización metálica*.

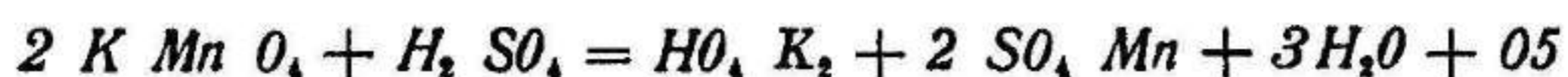
CANALIZACIÓN CON EL CEMENTO ARMADO. *Deficiencias propias del material elegido.*—a) La condición áspera y rugosa, sumamente acentuada que presentan las superficies de cemento y la groserísima e irregular porosidad aparente de la masa en la mezcla compleja y heterogénea fraguada, constituyendo ya de por sí condiciones ideales para la retención de toda suerte de impurezas de naturaleza orgánica en suspensión son terreno abonadísimo para prestar albergue a toda la variada flora microscópica, patógena o relativamente inocua, y aun a la dilatada fauna acuática que puede aportar un agua captada y acarreada en condiciones tan primitivas como resulta la de que se trata. La contaminación interna directa de la canalización es fácil y puede resultar rápidamente intensa y profunda, toda vez que el medio, de estructura tan desfavorable no puede considerarse siquiera como biológicamente estéril, después de continuada circulación de un agua que arrastre sólo simples vestigios de materia orgánica, disuelta, dividida o florulada. La propia impregnabilidad general de la masa crea un constante peligro de penetración, por propagación progresiva

lenta de toda infección exterior, accidental y local favorecida, de otra parte, esta infección externa por la habitual e inevitable presencia en las masas de cemento de grietas numerosas, locales, penetrantes, superficialmente aparentes o invisibles, producidas por las restricciones propias del fraguado o por las posibles en la dosificación de la mezcla, sean iniciales, sean derivadas de las variaciones de calidad y condición de fabricación del cemento empleado, inevitables en un producto de condición tan compleja, sean ocasionadas por deficiencias de homogeneidad no menos irremediables. Estas discontinuidades, indudablemente, son, a menudo, de orden microscópico, en masas cuidadosamente trabajadas pero también lo son los organismos nocivos, contra los cuales debiera servir de segura barrera la canalización.

Ahora bien, la esterilización de una canalización de cemento contaminada por su interior de un modo accidental, es prácticamente inasequible. La profundidad de infiltración que la propia estructura del cemento permite a la infección, haría siempre problemática y dudosa la eficacia de acción de un líquido antiséptico adecuado y de fácil segura eliminación (que en realidad es desconocido), y escasa conductibilidad calorífica de las mezclas de cemento se uniría a aquella circunstancia tan desfavorable para hacer del todo ineficaz el efecto esterilizante de una inyección de vapor recalentado, recurso aplicable cuando se trata de canalizaciones metálicas. Y aquí cabe hacer notar la insuficiencia del empleo de los permanganatos para tal objeto, utilizados en forma deficiente en esta ocasión, pues aun empleados con un ácido permangánico en libertad, mediante la adición de ácido sulfúrico en proporción conveniente, con una acción ozonizante efectiva, si destruyen fácilmente por oxidación la materia orgánica ya más ó menos adelantada en descomposición, no alcanzan más que una acción destructora parcial o relativa aun *in vitro*, sobre los elementos celulares organizados que interesaría exterminar, a menos de una acción prolongada en caliente o a grandes dosis, lo cual resulta impracticable. Empleado el permanganato potásico en disolución simple o neutra, como parece que se ha realizado, no solamente deja de disponerse de aquella actividad efficacísima de acción, sino que se inutiliza en pura pérdida el 40 por 100 de su poder oxidante, lo cual es más de lamentar cuando se adolecía de escasez de tal droga en el mercado. En estas condiciones la acción oxidante se produce tan sólo por reducción parcial y formación inevitable de óxido mangánico, completamente inactivo en las condiciones de empleo



mientras que su actuación en disolución ácida adecuada comporta su transformación en sal manganosa,



con utilización de  $\frac{2}{5}$  más del oxígeno disponible.

Otro de los inconvenientes de las canalizaciones con cemento armado es el muchísimo tiempo que es necesario para que sean utilizables, ya que después del fraguado necesario para permitir la puesta en carga de la tubería, lo cual necesita como minimum un mes, la masa resulta tan porosa que rezuma al exterior el agua, a chorro, como si se tratara de una criba, y la impermeabilidad necesaria no se alcanza sino después de una colmatación suficiente y producida por el continuo contacto con agua corriente o a menudo renovada, la cual obra obturando progresivamente la masa por deposición de las materias en suspensión y por la precipitación química de los carbonatos cálcico y magnésico, contenidos en disolución gracias a un exceso de anhídrido carbónico libre y a su presencia en forma de carbonato monofásico respectivamente. Calcúlese, por tanto, el abundante tiempo a veces años, que es necesario para llegar a término completo, atendiendo a la gran lentitud con que los elementos reconocidos, vitrificados y relativamente groseros del cemento, se hidratan, entran en reacción y se hinchan, pues el agua penetra con gran dificultad.

Otra desventaja consiste en la facilidad con que se incrustan por precipitación de los carbonatos cálcico y magnésico, sobre todo, cuando se trata de aguas como la nuestra, que son ricamente mineralizadas. Debida esta precipitación a la facilidad con que se elimina el anhídrido carbónico que las mantenía disueltas, obturan los poros más o menos groseros del cemento; estas precipitaciones que tienen lugar en forma cristalina y adherente, concretándose en determinados puntos, forman masas más o menos grandes, a menudo de forma arriñonada, que estrechan paulatinamente la luz del tubo, pudiendo llegar a obstruirla por completo.

b) *Inconvenientes de la forma de ejecución en la canalización de cemento.*—La manera como se ha practicado y practica en esta ciudad la canalización es una verdadera monstruosidad, pues el sistema de piezas de escasa longitud, menos de un metro, armadas con elementos metálicos, ejecutadas en talleres *ad hoc* juntadas en obra, es un verdadero contrasentido técnico. Es evidente que una canalización continua, digámoslo así, armada con elementos metálicos continuos, longitudinales y helicoidales adecuadamente solidarizados, podrá tener el inconveniente en el apartado anterior antes descrito respecto a las contingencias de una tan marcada porosidad, mas podrá argüirse en su favor las condiciones económicas, facilidades de emplazamiento, resistencia a presiones hidráulicas considerables y sobre todo de una elasticidad que prácticamente es muy beneficiosa dada la posible movilización del yacimiento. Pero ¿qué ventajas puede reportar la canalización con piezas cortas, enchufadas con elementos metálicos y verificado espontáneamente

en el propio terreno? Ninguna. Primeramente esas piezas tubulares cortas más o menos bien armadas y resistentes en la parte central, son débiles en los extremos, y el enchufe de un tubo con otro, aun suponiendo que se haga con todo el tecnicismo posible, no dará práctico resultado, pues cada enchufe será un punto vulnerable, débil, y por tanto la suma de puntos débiles, el total será una marcada facilidad para las roturas, grietas, etc. De otra parte, la elasticidad, tan beneficiosa, quedará interrumpida a nivel de la unión de dos piezas tubulares. Con un hecho bien demostrable y vulgar quedará bien evidenciada la perentoria utilidad de los enchufes de piezas tubulares cortas, y es que es frecuente, al descubrir canalizaciones más o menos antiguas, ver a nivel del enchufe penetraciones de raicillas procedentes de árboles vecinos; calcúlese, por lo tanto, la temeridad que implica la adopción de tal canalización.

De otra parte, un gran inconveniente es la dificultad de cerciorarse debidamente de la resistencia de cada uno de los elementos, prácticamente imposible, igual que la demostración de la impermeabilidad, comprobaciones tan indispensables, y que tanto interés tienen por tratarse de un material de constitución tan compleja y de homogeneidad tan aleatoria, en cuya elaboración caben tan fácilmente los descuidos y las deficiencias de mano de obra y ejecución.

Acarrea además semejante procedimiento la prolongación muy marcada del término necesario para poner en servicio una canalización, por cuanto se pierde un tiempo precioso en espera de que los progresos del fraguado permitan manejar y transportar los elementos a pie de obra, y la confección de las juntas, tan multiplicadas por añadidura, resulta larga y laboriosa.

CANALIZACIONES METÁLICAS.—Todos los inconvenientes, todas las desventajas, todas las dificultades, pertinentes a las canalizaciones por tubos de cemento armado quedan derogadas, no existen al tratar de los tubos metálicos de la canalización metálica. La lisura y pulimento de las paredes interiores y la impermeabilidad absoluta de un material cuya porosidad es prácticamente nula, resuelven de un modo perfecto la cuestión de retención e infiltración interior de materias adventicias e imposibilitan prácticamente la producción de contaminaciones generales efectivas procedentes de la circulación de aguas infectadas, reducida en todo a los intersticios interiores formados en las juntas, los cuales, de otra parte, además de ofrecer un terreno absolutamente estéril para toda proliferación bacteriana, presentan una regularidad marcada completamente desfavorable a la propagación de microorganismos. Aumenta la seguridad la circunstancia de que estas juntas han de ser poco frecuentes, ya que sin dificultad pueden fabricarse los elementos tubulares, con los recursos actualmente disponibles en Barcelona, en longitudes de más de dos metros, sin costuras transversales, y las uniones intermedias, pueden hacerse a tope mediante

cubrejuntas corridas, con lo cual queda suprimido el relieve interior que tendrán las juntas atornilladas a mucha mayor distancia. La contaminación exterior no puede tener lugar sino por intermedio de alguna junta accidentalmente defectuosa (siempre evitable con mediana atención) y aun mediante la producción de efectos de succión interior que casi no pueden resultar sino voluntaria y artificiosamente buscados en una canalización metálica de simple y exclusiva aducción, resultando imposible toda transmisión por impregnación o propagación progresiva. Aun en caso de contaminación accidental, que sólo puede ser ligera y superficial, la esterilización de una tubería metálica es relativamente fácil y expedita, bastando para ello la inyección de vapor acuoso recalentado. Al mismo tiempo las pérdidas por fugas o escapes son en la práctica absolutamente evitables, sobre todo para presiones hidrostáticas que no sean desmesuradas, mediante el simple apretado de una junta floja o el calafateado local de algún recubrimiento. De otra parte, la incrustación interior general y la formación de concreciones arriñonadas voluminosas, tan frecuentes en las canalizaciones porosas, son aquí nulas o muy lentas, regulares en todo caso y exentas de localizaciones peligrosas para la continuidad de la circulación, porque no podrían proceder sino de precipitación lenta de carbonato cálcico y magnésico existentes en disolución sobresaturada. La resistencia a la flexión es considerable, la deformabilidad sin peligro de rupturas, marcadamente expedita, y la adaptabilidad a las irregularidades de asiento del terreno, es, por consiguiente, muy marcada, la aplicabilidad a presiones hidrostáticas muy pronunciadas, tan elevadas como se quiera es prácticamente indefinida; el trabajo de montaje es sumamente rápido y expedito; las más sólidas garantías contra todo vicio o defecto de construcción, son asequibles mediante ensayos previos de recepción tan severos y eficaces como convenga; el aplomado previo de la chapa o subsiguiente del tubo concluido o su embreado a alta temperatura, aseguran una resistencia considerable a las acciones de oxidación ambientes; toda reparación es fácil sobre un material de por sí maleable y resistente; finalmente, una facilidad absoluta de desmontaje y rentilización redondea la condición de las canalizaciones de chapa de acero remachado.

Condiciones análogas ofrecen las canalizaciones ejecutadas con tubos de fundición; en éstos, la superficie interna, menos fina, y la propia estructura, susceptible de ofrecer quizá alguna porosidad aparente marcada, hace, sin embargo, que deban considerarse como menos adecuadas, especialmente para presiones hidrostáticas muy elevadas, que las de chapa. Las juntas, aunque seguras, son, además, menos sencillas de ejecución, la rigidez de conjunto es muy acentuada, aunque, en relación con el cemento, la resistencia a la flexión sea atendible y la solidez de las uniones sumamente elevadas, resultando asimismo menos expedito, aunque siempre practicable, el desmontaje de una tubería de fundición para su instalación en otro



lugar; finalmente, la ejecución de las pruebas de recepción previa de los elementos tubulares es con facilidad practicable con positiva eficacia.

Una ventaja importantísima, común a todas las canalizaciones metálicas, consiste en la posibilidad de poner en obra sus elementos seguidamente después de contruidos y de entregarlos al servicio inmediatamente de establecidas, condición distinta en las de cemento, en las que es preciso tener en cuenta el prolongado lavado que requieren hasta perder el mal gusto que comunican al agua.

Además, la gran ventaja de la canalización metálica es la celeridad de su producción y facilidad de colocación. En efecto, refiriéndome por lo que respecta a la producción de tubería, hay en España y se fabrican materiales necesarios, y existen de sobra en Barcelona todos los elementos requeridos para la ejecución de canalizaciones de chapa de acero remachada, con uniones de brida de 0'50 metros, de diametro o de calibre más pronunciado si conviniera, para trabajar a la presión de doce o más atmósferas, a cuya presión correspondería un grueso de chapa de 6 milímetros, con doble cosido longitudinal y bridas ejecutadas con hierro de ángulo de  $80 \times 80 \times 10$  milímetros en las condiciones de longitud y de disposición ya indicadas. Adoptando este tipo de construcción, sin ningún esfuerzo especial podría contarse con una producción media diaria de unos 160 metros longitudinales de tubería, inmediatamente disponibles en obra a medida de su ejecución, de manera que, suponiendo que no mediara estorbo en el suministro regular de chapa, contingencia improbable, indudablemente dos meses serían un plazo teóricamente suficiente para tener en disposición de funcionamiento una canalización de este género de 10 kilómetros de longitud. Algo más difícil sería, aunque no imposible, organizar en Barcelona una producción tan rápida de tubería de fundición, ya que su fabricación exige ineludiblemente, con tales diámetros y para presiones tan elevadas, la colada de los elementos con fundición blanca de segunda fusión y en posición vertical, a fin de asegurar, con la expedita expulsión de gases y escorias y una presión de relleno elevada, la compacidad de estructura referida.

Otra gran ventaja es la de que la canalización metálica, con su resistibilidad a elevadas presiones, es susceptible además de corresponder sin dificultad a otras importantes indicaciones, altamente atendibles en nuestro caso particular. Permitiría substituir la alimentación directa por contador a la actual por llaves de aforo, haciendo con ello asequible la supresión radical de los depósitos domésticos, tan fundamentalmente criticables desde el punto de vista higienista, sea asegurando la alimentación de la tubería por medio de un depósito más elevado, que permitiría establecer la regulación y la decantación o las correcciones tan deseables y aun indispensables en toda alimentación de servicio público.

Con algún detalle he expuesto todo lo que se me ha ocurrido, después de

haber leído variados tratados sobre conducciones de agua para su suministro a habitaciones ciudadanas; he procurado, con precisión y diafanidad, establecer concretamente las ventajas y desventajas sobre unas u otras canalizaciones, y creo que todos los que se hayan fijado en las indicaciones dichas convendrán conmigo en que es indudable que desde todos los puntos de vista imaginarios, y sobre todo higiénico, es la canalización metálica la que asume más grande número de ventajas y poquísimos inconvenientes.

Como corroboración de lo que vengo diciendo citaré un hecho para mí muy explícito y práctico, y es el siguiente: a pesar del predicamento, propaganda y fama de que vienen gozando las construcciones de cemento armado, no tan sólo aquí en España, sino en el extranjero, capitales muy importantes han excluído casi completamente dichas canalizaciones, y como prueba irrefutable citaré a París, cuyo Municipio tanto se ha preocupado y preocupa de todo lo referente al abastecimiento de aguas y que disponiendo de un diligentísimo y completo servicio técnico destinado a este asunto, que se ocupa en los más pequeños y nimios detalles de instalación dedicándose constantemente al estudio de las mejoras que en tan importante servicio pueden establecerse o introducirse, no cuenta entre sus 2,750 kilómetros de canalizaciones más que 1 kilómetro y medio escasos (1,338 metros) de tubería de cemento, que por su diámetro algo considerable fué posible construir de tubo continuo y en cambio cuenta, a partir del diámetro de 0'40 metros hasta 1'10 metros, 2,442 y pico de kilómetros de tubería metálica de diversos sistemas además de 3,654 metros de tubería de 1'50 metros de diámetro construída de plancha de acero. ¿Quiérese algo más conveniente? Yo creo que es indiscutible este asunto, puesto en tales circunstancias, y mi deseo de buen patriota y amante de mi ciudad materna, es el de que a la mayor brevedad posible se cambie el anticientífico y caro procedimiento de canalización por tubos de cemento armado, por el más útil, más barato, más resistente, más fácilmente practicable, y sobre todo más higiénico de la canalización metálica; así se subiría un peldaño más de la escalera que nos ha de conducir a hacer de Barcelona la ciudad prototipo de la higiene que todos nosotros tanto deseamos.

**OTRAS MEDIDAS DE CARÁCTER GENERAL.**—He sido muy extenso, demasiado extenso quizá, y no quiero molestaros más con la explicación de cómo tendrían que llevarse a cabo otros servicios del Ayuntamiento y que en modo directo se relacionan con el estado de salud del vecindario. Sólo mencionaré los servicios que a mi entender tendrían que modificarse y extenderse y otros que tendrían que obligarse.

Así tenemos que en la cuestión de las cloacas y alcantarillados se hace cada día más necesario que se emprendan con gran actividad y ahinco la completa ter-

minación de la red de cloacas; además hay que preocuparse y resolver pronto el problema del lavado de dichas cloacas, pues hoy en día la manera como se practica la limpieza de ellas me parece anticuada e incómoda. Lo mejor, según mi modo de pensar, sería el de hacer circular por ellos cantidad suficiente de agua para que arrastrase todas las inmundicias que en ellos existen; esto creo yo que sería factible aprovechando el agua del mar que con grandes bombas elevatorias las trasladasen a una altura suficiente para que de allí, en depósitos convenientemente dispuestos, fuese distribuida por la red de cloacas. La obligación de tener *water-closet* en todas las casas, y la de pozos Mouras, y sifones convenientemente dispuestos para impedir la exhalación de gases nocivos á la salud pública. La prohibición absoluta de que el vecindario vierta la basura en plena calle o paseo, bajo grandes multas de pena. También la supresión radical de gallineros, viveros, cuadras, etc., en el interior de la ciudad y, en fin, otra serie de servicios análogos que no expongo para no alargar más este ya demasiado extenso trabajo, sólo citaré los repetidos análisis verificados en tomas distintas en lugar y sitio, que tienen gran importancia, pues su práctica sistemática puede evitar epidemias no ya tan sólo de colibacilosis y eberthiosis, sino de otras enfermedades infecciosas que frecuentemente responden a un origen hídrico, cólera, etc.

**MEDIDAS PROFILÁCTICAS DE CARÁCTER PARTICULAR E INDIVIDUAL.**—Son muy importantes, pues con su observancia puede disminuirse muy considerablemente la propagación de la infección; y es necesario que el higienista las divulgue con tenaz persistencia, no desfalleciendo nunca, pues el cumplimiento de estos preceptos higiénicos puede ahorrar la pérdida de vidas preciosas y contribuir a la conservación de la salud, que es el más alto grado de la belleza.

Las medidas coercitivas encaminadas a esa profilaxia particular e individual son diferentes según las practiquen o tengan que seguir individuos con enfermo o enfermos de colibacilosis en su familia o casa donde vive o en personas que no tienen tratos con enfermos pero que ante la inminencia de un posible contagio hay que defender.

En el primer caso se recomienda lo siguiente: considerando que una gran parte del peligro está en la contagiosidad de las evacuaciones ventrales, éstas deben esterilizarse y el medio más seguro para destruir los bacilos que contienen, consiste en mezclar las deposiciones, en la misma habitación del enfermo, con partes iguales de lechada de cal (una parte de cal apagada en dos o cuatro partes de agua), que a lo más sea de cuatro días de fecha; los colibacilos se destruyen en la mezcla al cabo de una hora de reposo. También habrá que desinfectar con lechada de cal y lavar perfectamente el retrete por donde se arrojan las deposiciones ya esterilizadas. Los vasos utilizados por el enfermo para sus evacuaciones se lavarán con lechada de cal y después con agua. Destruiremos los bacilos que salen mezclados con la orina y a ve-

ces con los esputos, mezclando estos productos con partes iguales de ácido fénico al 5 por 100 o de lisol. Las ropas del enfermo convendrá sumergirlas en un recipiente colocado al lado de la cama con disolución de ácido fénico al 3 por 100 en agua de jabón; antes de entregarse al lavado deben hervirse con sosa para evitar la infección de las lavanderas. Al terminar la enfermedad se esterilizarán los colchones, y demás efectos análogos con chorro de vapor, o si esto no es posible, serán deshechos y hervidas todas sus partes. Se lavará con ácido fénico al 3 por 100 o con lechada de cal, la cama y el piso, y también las paredes pintadas con colores de aceite o de esmalte. Los tapizados se frotarán con miga de pan.

Las personas que están en contacto con los infectados y particularmente el personal de asistencia y el médico, nunca han de olvidar que si sus precauciones son insuficientes, no sólo corren el peligro de infectarse a sí mismos, sino de transmitir a los otros la infección. Deberán, pues, desinfectar con cuidado sus manos en seguida de todo contacto con el enfermo, y cambiarán los vestidos que hayan podido ensuciarse de uno u otro modo con las deposiciones. Además las personas que rodean al enfermo se cuidarán con precaución, evitando la ingestión de alimentos sospechosos, bebiendo el agua hervida, no comiendo frutas, verduras, féculas, sin haberlas sometido previamente a la ebullición.

Respecto a las medidas individuales que han de tomarse en casos de exacerbación o hasta epidemia de colibacilosis, por aquéllos que no están en relación directa o indirecta con los enfermos, son variadas. Primero: todo enfermo del aparato digestivo, ya sea herniado, ya con apendicitis, o bien con enterocolitis, etc. debe cuidar cautelosamente su lesión para no abrir una puerta más a las que ya, de modo inevitable, tiene abiertas el organismo para la infección del bacilo. Por tanto, todo lesionado debe curar o tratar su lesión para evitar orígenes de infección.

Segundo: siempre que se hable de aguas sospechosas, esas no se beberán sin previa ebullición de quince minutos, seguida de decantación repetida para regular la composición química del agua, que por efecto de la ebullición sufre inevitables alteraciones. Además evitará frutas, verduras, féculas, etc., y todo alimento que no haya sido previamente hervido o sometido a temperaturas superiores a 100 grados, no comiendo de los que, por su manera especial de ser, no pueden hervirse o sufrir altas temperaturas sin menoscabo de sus buenos caracteres organolépticos. Por tanto, se procurará no usar de los pasteles, dulces y otra nimiedades, que no puede asegurarse en modo positivo no contengan bacilos coli.

Respecto a la inmunización profiláctica no podemos en concreto decir nada, pues es un asunto que todavía está en mantillas; mas la mayoría de autores cree que no ejercen gran acción inmunizante los diferentes sueros y vacunas que para dicho fin se han ensayado.

**El Siglo Médico**

Núm. 3.380.-Septiembre 1918)

## SÍNTOMAS DE LOS CÁLCULOS VESICALES

### CASUÍSTICA

Por el DR. D. ANGEL PULIDO MARTÍN

Cirujano del Hospital de San Juan de Dios de Madrid

La excitación normal de la vejiga determina su contracción, y por lo tanto, la evacuación del líquido en ella contenido; los calculitos, piedrecillas o conglomerados que llegan hasta la vejiga, si actúan sólo como cuerpos extraños, cuando todavía no entra en juego el elemento infeccioso, obran despertando la excitabilidad de aquel reservorio, lo que equivale a decir que provocan la micción. Así, el primer síntoma, el más frecuente de los cálculos vesicales, es el aumento en el número de las micciones, cuando el individuo hace algún ejercicio capaz de mover el cálculo en la vejiga, de establecer nuevos contactos entre la piedra y la mucosa vesical, porque cada nuevo contacto supone renovación de la excitación y vuelven los deseos de orinar.

Ese aumento de micciones consecutivo al ejercicio es un signo que existe en casi todas las historias de los calculosos y es deber del médico buscarlo, interrogando a los enfermos urinarios sobre este punto, aunque huyendo, como es natural, de enunciar las preguntas de manera que puedan ejercer alguna sugestión en el ánimo del enfermo. Paciente en quien el ejercicio aumenta el número de las micciones y en el que el reposo, por el contrario, hace disminuir su frecuencia de orinar, debe ser considerado como *probable* litiásico y dirigir en él la exploración ulterior teniendo en cuenta esta posibilidad.

*Observación 1.ª* hecha en Junio de 1910:

Don Francisco E. N., de cincuenta años de edad, casado, natural de Caleruela (Toledo), donde reside y es labrador

Su padre murió de una enfermedad del estómago, su madre se encuentra sana. Él, tuvo de niño sólo las enfermedades eruptivas propias de la infancia. A los treinta años padeció una pulmonía. Hacia los veinte empieza a sufrir de dermatosis, cuya

naturaleza no puede precisar, pero que no son de origen sifilítico. El enfermo no ha sufrido ninguna infección venérea.

*Enfermedad actual.*—Desde hace un año ha notado en varias ocasiones dolores en el riñón izquierdo seguidos a los pocos días de la expulsión de una piedrecilla del tamaño de un grano de mostaza y hasta de un grano de trigo. Otras veces la orina salía con gran cantidad de arenillas finas. Pasaron unos meses de completo bienestar; pero hace tres, o sea en el último Marzo, expulsó por la uretra una piedrecita, que no fué precedida de cólico en ningún riñón y, en cambio, poco días después, en Abril, tuvo un fuerte dolor en ambos riñones y en todo el vientre sin ir seguido de la eliminación de piedra ninguna. Desde entonces tiene grandes ganas de orinar cada vez que hacer algún ejercicio, cuando se pone en pie después de estar un rato sentado, cuando monta en un carruaje... De noche pasan unas tres horas sin orinar, de día la micción es mucho más frecuente...

La orina es limpia. El tacto rectal permite apreciar una próstata del tamaño de una ciruela. Hay orina residuo, pero el enfermo no consiente se le haga una exploración endovesical, razón por la que se le dispone una radiografía en cuya positiva se aprecia, en la región de la vejiga, una sombra positiva de cálculo del tamaño de un guisante.

El enfermo se niega a ser operado y se marcha a su pueblo con un régimen de alcalinos, pues la historia del padecimiento y la poca densidad de la sombra nos permiten suponer se trata de una concreción úrica.

La agudeza de la percepción sensitiva que diferencia el contacto de un cuerpo extraño en la vejiga de la orina, no es frecuente aunque también se observa como en la siguiente historia.

*Observación 2.<sup>a</sup> hecha en 1910:*

Dámaso S. A., de catorce años de edad, natural de Masegosa (Cuenca), donde vive.

No tiene antecedentes hereditarios. Entre los personales sólo se menciona el sarampión y alguna calentura.

*Enfermedad actual.*—Hace unos cuantos años empezó a notar una molestia en la vejiga como si tuviera algo dentro, como una piedra, dice el muchacho, que al correr o al andar de prisa le hacía mucho daño porque chocaba con las paredes de aquel órgano; por eso no podía andar más que despacio.

Al orinar lo hacía con dolor, y algunas veces por temporadas orinaba un líquido purulento acompañado de dolores muy fuertes. Cuando estaba en la cama la micción era sin sufrimiento y la orina normal.

*Exploración.*—Se nota en la vejiga un cálculo bastante grande.

Se le hace litotricia y el operado se marcha completamente bien a los seis días.

Ve nos, pues, aparte de la sensibilidad exquisita de este caso, que no puede ser común, la característica de las molestias calculosas, su exarcebación por el ejercicio y su calma hasta llegar a una aparente normalidad por el reposo.

La exaltación de la sensibilidad se manifiesta por el dolor en la inmensa mayoría de los litíasicos. Puede servir de ejemplo el caso objeto de la

*Observación 3.<sup>a</sup> hecha en Julio de 1912:*

Leonardo P. G., de catorce años de edad, natural de Navalvillar de Pela (Badajoz), donde reside y ejerce el oficio de sirviente.

Sus padres están sanos. Él, tuvo de pequeño sarampión, fiebres palúdicas y tosferina.

Desde pequeñín le molestaba el orinar. Después de cada micción tenía que estar un rato sentado porque el dolor le impedía tenerse en pie. Por el dolor no podía correr ni montar a caballo. Cuando bebía agua le dolía más, porque la mayor distensión de la vejiga le obligaba a su más frecuente evacuación.

El año pasado se decidió a consultar a un médico quien le diagnosticó de calculoso y vino a Madrid donde la exploración nos reveló el acierto del médico. Se le hace una litotricia y se le da el alta curado a los nueve días de la operación.

El dolor en los calculosos *con vejiga no infectada*, parece disminuir a medida que aumenta la edad del paciente; así tenemos un enfermo prostático, en quien hemos diagnosticado hace mucho tiempo, un cálculo en la vejiga de la orina y que dice no se quiere operar porque lo tolera con absoluta comodidad. Se explica que en la bolsa retroprostática de algunos prostáticos puedan alojarse cálculos que por circunstancias peculiares sean soportados; en cambio, en los niños, o por la mayor sensibilidad del organismo infantil, o por la delgadez de sus mucosas o por la disposición anatómica de su vejiga que lleva constantemente la piedra al cuello mismo de este reservorio, se ven reacciones dolorosas tales, que llenan de compasión el ánimo de los que rodean a los enfermitos.

Una característica de los cálculos vesicales suele ser la referencia del dolor a regiones distintas de la misma vejiga, la parte posterior del glande en la mayoría de los casos, que obliga a los pequeños a estirar el miembro de manera tan continua que se produce una verdadera elongación, a veces hasta con ulceración de la piel según ha visto Freyer. Esta aplicación de la mano al pene para calmar los terribles dolores que en él siente el paciente, causa algunas veces un trastorno en la ropa del enfermito, desorden que supo apreciar el talento observador de D. Alejandro San Martín, quien al ponerlo de manifiesto estableció su *signo* de la litiasis vesical, y es la rotura del fondo de los bolsillos del pantalón para llegar con la mano a su través hasta el miembro que aprieta el enfermo de modo casi constante.

Si al cálculo se añade la infección de la vejiga, las molestias son sencillamen-

te espantosas, el enfermo se encuentra en trance de agonía y la muerte le parece un alivio a sus tremendos sufrimientos. En estos casos, la operación es una de las más brillantes y sus resultados de los más bienhechores de cuantos se logran en cirugía.

Otro síntoma frecuentísimo en los calculosos de la vejiga es la interrupción del chorro de la orina determinada por la interposición de la piedra.

Un ejemplo entre muchísimos:

*Observación 4.<sup>a</sup>* hecha en Junio de 1911:

Antonio M. J., de cuarenta y dos años, casado, natural de Sevilla y residente en Madrid donde gana su vida como sirviente.

Su padre murió tuberculoso, su madre falleció ya muy anciana, ignora por qué causa. Él, tuvo de pequeño las infecciones propias de la infancia. Hace veinte años sufrió una blenorragia ligera. No ha tenido sífilis. Dice que siempre ha padecido irritación y escozor en la uretra al orinar, irritación y escozores que se convirtieron en dolores hace cinco o seis meses. Al orinar había casi siempre interrupción del chorro. Si empezaba a correr, tenía que detenerse inmediatamente porque el dolor en la vejiga era grande.

*Examen.*—Tiene en la vejiga un cálculo del tamaño de un guisante gordo.

*Operación.*—Litotricia.

Dos días después se le da el alta curado.

Este síntoma de la interrupción del chorro de la orina durante la micción es frecuente, pero conviene advertir que se le ha dado una significación patognomónica que no tiene, pues ni todas las interrupciones del chorro en la micción son debidas a cálculos, ni todos los calculosos ven interrumpirse por la piedra el chorro de la orina. Hay interrupciones de la micción en muchos prostáticos, en enfermos con tumores vesicales pediculados y aun en casos de cistitis, en los cuales la interrupción no es por obstáculo mecánico, sino que es una verdadera detención voluntaria del enfermo que no puede soportar la agudeza del dolor producido por la contracción de la vejiga. Como las formas de cistitis dolorosas más comunes son las tuberculosas, se explica que sea en las lesiones fimicas de la vejiga donde se observe con alguna frecuencia este síntoma... De todos estos casos y posibilidades pudiera citar ejemplos, pero los ahorro por no hacer interminable este trabajo.

Son también muchos los enfermos con cálculos de la vejiga en quienes no se ha podido recoger el dato de la interrupción del chorro porque requiere condiciones de movilidad en la piedra que no siempre se dan; conviene tener esto muy en cuenta, pues son muchos los médicos, según ya he dicho antes, que sólo atienden a este síntoma para establecer el diagnóstico.

De importancia capital es la hematuria, siempre dentro del carácter de seguir



al ejercicio o agravarse por éste y cesar o disminuir por el reposo. Es raro que la hematuria sea intensa; la mayor parte de las veces es ligera, en muchos casos es rara, es decir, se ha presentado sólo contado número de veces, pero casi siempre después de trabajos o agitaciones extraordinarios. Si el enfermo no se entera de la pérdida de sangre porque es en tan pequeña cantidad que no llega a percibirla, es fácil provocarla obligando al paciente a un ejercicio anormalmente intenso, y comparando en el microscopio el sedimento de la orina que sigue al ejercicio con el sedimento de la eliminada después de algunas horas de reposo.

La lectura de la mayor parte de las observaciones clínicas expuestas en los diferentes capítulos dedicados a la litiasis vesical, permite recoger las características del síntoma hematuria tal y como se presenta en esta enfermedad. Ahora sólo expondré algunos ejemplos típicos.

*Observación 5.<sup>a</sup> hecha en 1914:*

Anselmo S. C., de diez y siete años de edad, soltero, natural de Ocaña (Toledo), y de oficio herrador.

Sus padres están sanos. Él tiene desde muy pequeño, mucho antes de los seis años de edad, micción frecuente, molestias al orinar, dolor en la vejiga cuando anda, interrupción del chorro de la orina durante la micción, y *orina sanguinolenta* cuando hace algún ejercicio...

*Exploración.*—Cálculo vesical.

*Operación.*—Litotricia de un cálculo, con el núcleo oxálico y cubierta fosfática.

Alta curado a los cinco días.

*Observación 6.<sup>a</sup> hecha en 1912:*

José Ll. M., de sesenta y cuatro años de edad, casado, natural de Crevillente (Alicante), donde vive y es labrador.

No sabe de qué murieron sus padres. Él, se ha encontrado siempre bien hasta hace cuatro años que de vez en cuando después de mucho trabajar en el campo, le daba algún dolor en la vejiga. El dolor ha aumentado paulatinamente en intensidad y frecuencia, hasta el punto de que hace más de un año es constante su sufrimiento de la vejiga y no puede andar por lo mucho que el ejercicio le molesta. Si camina algo, tiene en seguida sangre en la orina. Si va en carro, los golpes del carro los siente con gran dolor en la vejiga y en seguida aparece la sangre. Si tose, también la tos le repercute en la vejiga, y si los golpes de tos son intensos y repetidos, se presenta la sangre... En la cama tiene menos dolor y sólo orina tres veces durante la noche, mientras que de día si anda tiene que orinar cada media hora y si está sentado algo más tarde. La micción es unas veces fácil y otras gota a gota, a lo mejor se le interrumpe el chorro para seguir luego con aparente normalidad.

*Exploración.*—La orina es hematúrica y mezclada con pus en bastante cantidad. Se toca la próstata esférica del tamaño de una ciruela pequeña. La exploración de la vejiga la hago con el explorador metálico por el estado de irritabilidad del órgano y encuentro una piedra dura, esférica, de un diámetro de 2 centímetros.

Hago el diagnóstico de litiasis vesical y... no vuelvo a ver al enfermo.

*Observación 7.<sup>a</sup>* hecha en 1916:

Eugenio G. D., de veintiún años de edad, soltero, natural de Brihuega (Guadalajara), donde reside y es jornalero del campo.

Sus padres están sanos. Él, sólo ha padecido de la vejiga de la orina. Cuando era pequeño le diagnosticaron de enfermo de un catarro en aquel órgano y le dispusieron una medicina con la que le desapareció toda molestia.

En Agosto último, después de tener un enfriamiento durante unos días, pasó una jornada de trabajo intensísimo, arrancando cepas, y tuvo entonces por primera vez en su vida, una hematuria completa total que le duró todas las micciones y teñía de rojo la orina en todas sus porciones o momentos. Desde el día siguiente la sangre sólo apareció al final de la micción y así siguió hasta el momento en que le vimos. Sufre también algún escozor al expulsar las últimas gotas de la orina. Hay dolor en la vejiga cuando hace ejercicio y alguna vez observa que al orinar se le corta el chorro.

*Exploración.*—Cálculo vesical.

*Litotricia.*—Al terminar ésta se hace una cistoscopia que demuestra no queda nada del cálculo ni la más pequeña arenilla. Al día siguiente se levanta el enfermo como si jamás hubiese tenido ningún padecimiento vesical, y tres días después se le da el alta curado.

Vemos en estos casos que el ejercicio hace aparecer o agrava el síntoma hematuria. O lo que es igual, que este síntoma como el de todos los litiásicos, sufre una exacerbación por el ejercicio y un alivio por el reposo. El movimiento es, pues, el reactivo de los cálculos de la vejiga de la orina con más seguridad todavía que lo es de los cálculos, de la pelvis renal, y en cambio apenas ejerce influencia sobre los cálculos engastados en el parénquima del riñón, sobre los del uréter y sobre los fijos en la uretra, lo que se comprende perfectamente, pues en los cálculos libres el movimiento al determinar la traslación de la piedra origina todos los síntomas estudiados, mientras que en los cálculos privados de movilidad los síntomas son de otro orden y eso es lo que ocurre en los cálculos del riñón, del uréter y de la uretra.

El síntoma *hematuria después del ejercicio*, tiene un valor extraordinario, como indicador de la litiasis urinaria; pero debemos recordar que, por excepción, también se observa en otros procesos, preferentemente neoplásicos; así lo hemos recogido algunas veces en historias de prostáticos y entre otros de tumores de la ve-

jiga, en un enfermo joven con un pólipo que presentaba la hematuria sólo después del ejercicio.

En los calculosos de la vejiga, pueden presentarse otros síntomas que no son tan frecuentes como los señalados hasta aquí. He visto en las historias citada alguna vez la incontinencia de orina, estudiémosla.

*Observación 8.<sup>a</sup> hecha en 1914:*

Por incontinencia nocturna de orina me presentaron un pequeño de catorce años, que se educaba en un centro caritativo. Acusaba además, justo es reconocerlo, dolores a la micción que era frecuentísima, pero estos síntomas se ignoraban en el colegio donde únicamente se preocuparon de la suciedad de las sábanas que al muchacho ponían en la cama. Explorado el aparato urinario, encontré un cálculo del tamaño de un almendruco, de cubierta fosfática, que extraje por talla hipogástrica, porque era tan grande la supuración en la orina y tan intensa la cistitis, que me pareció la talla la operación indicada.

*Observación 9.<sup>a</sup> hecha en Junio del 1910:*

Florentino L. R., de diez años de edad, natural de Alcolea del Tajo (Toledo), donde reside. Sus padres están sanos y él sólo ha padecido la enfermedad que le trae a mi consulta y que viene sufriendo desde que tenía menos de un año. Desde esa época orina sangre cuando hace algún ejercicio, tiene polakiuria e incontinencia de orina, escozor durante la micción, dolor en la vejiga y en la uretra, que se aumentan cuando corre o brinca. Hay interrupción del chorro de la orina.

*Exploración.*—Se toca una piedra a la entrada de la vejiga. No ha tenido nunca dolor en los riñones, pero la palpación de la región renal izquierda despierta gran dolor en el riñón de este lado, que está aumentado de tamaño.

*Operación.*—Como no pasa el litotritor de menor tamaño, se hace la talla hipogástrica sacando un cálculo cuyo diámetro mayor era de 5 centímetros y de 3 y  $\frac{3}{4}$ , los transversales. La capa superficial era de fosfatos y su núcleo úrico.

El enfermo curó perfectamente de su talla, y como la eliminación renal era buena y las molestias renales cedieron, se marchó del Hospital curado.

Otro caso está recogido en la

*Observación 10 hecha en Mayo del 1912*

Cesáreo P. H., de diez años de edad, natural de Toledo, donde reside.

Su padre está sano. Ignora de qué falleció su madre.

Él, sólo ha sufrido de molestias al terminar la micción. Algún dolor cuando corre. Micción más frecuente de día que de noche, aunque tiene que levantarse un par de veces para orinar. Casi todas las noches se le escapa la orina y moja la cama. No ha tenido nunca hematuria. La orina es turbia.

*Exploración,* con el explorador olivar. Primero se nota una resistencia cicatri-

cial en la parte superior de la porción prostática de la uretra y encima, ya en la vejiga, un cálculo.

*Operación.*—No puede entrar el litotritor, porque la uretra lo impide. Se hace, pues, una talla hipogástrica y se extirpa un cálculo úrico de 10 gramos de peso, de forma esférica.

El enfermito cura perfectamente en tres semanas.

En estos tres casos apreciamos el valor y significación del síntoma incontinencia de orina. En el primero es la cistitis la causa de las micciones frecuentísimas y el pequeño pierde la orina en el sueño, pero no padece verdadera incontinencia. El síntoma cesa al curar la infección local que lo produce. En el segundo caso la incontinencia se debe a la misma piedra que se interpone en el orificio vesicouretral, es síntoma de éste y no propiamente de la vejiga; elimina la la piedra cesa la incontinencia porque el contorno de aquel orificio está normal. En el tercer caso el borde del orificio vesicouretral ha sufrido la transformación fibrosa, ha perdido la elasticidad y dejado de ser el diafragma de exquisitas reacciones contráctiles. El pronóstico es arriesgado, pues si el tejido fibroso subsiste, permanecerá el síntoma. Lo que ocurre es, que el tejido cicatricial resultante de la infección producida por la presencia de la piedra parece experimentar una reabsorción al quitarse la piedra y con ella el proceso infeccioso, del mismo modo que vemos irse ablandando un periné fibroso al establecer una desviación de la orina. Para contribuir a esta absorción, dilatamos la uretra y el orificio vesicouretral.

No citaré otros síntomas, de menos valor diagnóstico que los enunciados, porque alguna vez he de terminar este capítulo; pero antes de concluir quiero, según mi costumbre, exponer dos historias clínicas curiosas, una por su sintomatología *contraria, en parte*, a la de los demás litiásicos vesicales, y la otra, porque, dándose en el caso todas las razones para que el enfermo presentara algunos de los síntomas expuestos, no tuvo la menor molestia, la más ligera alteración, y si en él se descubrieron dos cálculos fué debido a la exploración metódica de su aparato urinario.

*Observación 11* hecha en 1912:

José C. C., de trece años de edad, natural de Martos (Jaén), donde reside.

Sin antecedentes hereditarios, aunque sí de localidad, pues en su pueblo es frecuente *el mal de piedra*. Él, tuvo de niño el sarampión, y desde los cuatro años (hace nueve) sufre de molestias al orinar. Entonces le diagnosticaron en Jaén un cálculo en la vejiga, pero nada se hizo contra este padecimiento.

Tiene desde el principio de su enfermedad frecuencia en la micción, dolor al orinar *y mucho más cuando está en la cama*. En cambio, *cuando corre no le duele*. Ha tenido un par de hematurias terminales y alguna vez interrupción del chorro de la orina. Orina purulenta y poca capacidad vesical.

Este enfermo fué operado, muy bién operado, por mi querido compañero el Dr. Adolfo de Castro, quien le hizo una talla hipogástrica y todo marchó perfectamente a pesar de la oficiosidad de un amigo que dió al enfermo pescado en malas condiciones, lo que fué causa de un violento cólico intestinal que se prolongó en una enterocolitis muy molesta con erupción cutánea.

En la uretra prostática de este caso había una estrechez cicatricial que se trató con dilataciones, y curado por completo de los restos de su intoxicación alimenticia, de su estrechez y de su litiasis, se marchó a su casa poco tiempo después.

*Observación 12* hecha en 1917:

Antonio F. M. de sesenta y cinco años, viudo, natural de Oviedo y habitante en la calle del Amparo, de profesión, carabinero.

Su padre murió de pulmonía y su madre de senectud.

Él, tuvo de niño viruelas; a los treinta años paludismo e ictericia, a los treinta y cuatro años la primera blenorragia y a los cincuenta la segunda.

*Enfermedad actual.*—El día 5 de Agosto del 1917 (a los setenta y cinco años de edad) contrajo otra blenorragia de síntomas tan intensos que obligó le dieran ingreso en mi clínica del Hospital de San Juan de Dios, durante mi ausencia. Cuando pasado el verano me hice cargo de mi servicio encontré al enfermo, pasado ya el período agudo de su infección gonocócica; tenía los síntomas de una uretrocistitis subaguda. El agua del lavado de la uretra anterior salía sucia, y sucias las orinas de las dos copas, lo que indicaba había producción de pus en la uretra y en la vejiga. La capacidad de ésta era, sin embargo normal. La próstata aumentada de tamaño, esférica, elástica, pero no dolorosa (hay que recordar que el enfermo tenía setenta y cinco años). Diagnostiqué una infección gonocócica de la uretra y la vejiga con hipertrofia de la próstata y acentué el tratamiento de lavados de la uretra y de la vejiga, éstos con sonda, pero la orina no se modificaba, y como la vejiga admitía gran cantidad de agua, dispuse una cistoscopia. Grande fué el asombro de todos cuando encontré detrás de la próstata *dos cálculos oxálicos* del tamaño próximamente de un garbanzo cada uno y llenos de rugosidades, con el aspecto muriforme característico.

Este enfermo, según nos manifestó, *jamás, jamás* había tenido molestia alguna en su vejiga y sólo en la uretra las propias de sus tres blenorragias.

Era un tipo curioso como también los hay, para que haya de todo; no opuso inconveniente a que se le hiciera la litotricia, pero con la condición de que no le aplicaran anestésico ninguno y así se llevó a efecto. El enfermo soportó las molestias de la operación sin proferir ni una queja, mirando ansioso el evacuador para comprobar si salían arenillas, pues creo no las tenía el hombre todas consigo en el diagnóstico de litiasis vesical.

Se le hicieron algunos lavados más de la vejiga y de la uretra y salió bueno de la clínica, después de hecha la cistoscopia de comprobación, a los diez y siete días de operado.

# HIGIENE DE LA BEBIDA

Por el DR. MANUEL ARREDONDO

---

De todos los constituyentes del organismo humano, como del de todos los seres vivos, es el agua el más abundante, hasta el punto de que, según diversos cálculos, viene a estimarse que figura en él en proporción de un 70 a un 80 por 100, siendo, pues, indispensable para la vida.

Según la Fisiología nos enseña, pierde el organismo grandes cantidades de agua, y esta cantidad varía según múltiples circunstancias, sobre todo el ejercicio. Sumando la eliminada por la orina, el sudor, la exhalación pulmonar, etc., oscila de dos litros y medio a tres aproximadamente el agua eliminada cada veinticuatro horas. El organismo no puede prescindir de esta importante cantidad de agua; y como aunque en su interior se forma agua en virtud de los procesos químicos que en él tienen lugar, es en cantidad sumamente escasa en relación con las necesidades que tiene que llenar, se ve obligado a reparar estas pérdidas con nuevas cantidades venidas del exterior.

Una buena parte del agua necesaria es ingerida en el organismo con los alimentos. Es sumamente variable también, según la naturaleza y la preparación de los que cada individuo consume. De un organismo, en cuya alimentación entre gran cantidad de leche, de verduras, de frutas frescas, etc., a otro que se alimente de un modo exclusivo de carnes secas, de conservas, de embutidos, etc., va una gran diferencia entre el agua que ingiere con ellas el primero al segundo, y por ende de las necesidades que con ellas es capaz de cubrir. Con una alimentación mixta, se calcula que un organismo ingiere un litro de agua o algo más en las veinticuatro horas, y por consiguiente queda un *déficit* de litro y medio aproximadamente sin cubrir, que es el que ha de llenarse con la bebida.

Los apetitos orgánicos están ligados de un modo íntimo con las necesidades que el organismo experimenta; y existe uno, que es la *sed*, mediante el cual se exige

la ingestión de agua que la apague, al propio tiempo de subvenir a aquella necesidad a que antes aludíamos. Es sensación intensa e imperiosa, mucho más que el hambre, como corresponde a la necesidad de líquido, mucho mayor que la de alimentos; pues mientras que el organismo tiene recursos en sus reservas y en sus mismos tejidos para entretener el metabolismo orgánico por largo tiempo, sin necesidad de la ingestión de sustancias alimenticias, no sucede lo mismo con la parte líquida, indispensable en todo momento para servir de vehículo a todas aquéllas, para sostener la tensión necesaria en el aparato circulatorio para que la circulación de la sangre en cada órgano permita su función respectiva, y para que conserve el necesario grado de dilución todas las sustancias excrementicias destinadas a ser eliminadas del cuerpo; sin citar otras múltiples funciones del agua en el organismo, que sería prolijo, y por ello importuno, mencionar.

Por eso después de toda pérdida grande de líquido, como es una hemorragia abundante, un sudor profuso y prolongado, una diarrea copiosa, aparece la sed, y en los casos en que por la localización de la lesión no puede ingerirse nada por la vía bucal, hay que valerse de otra vía, la rectal o la subcutánea, para el ingreso de líquido de una manera urgente, siendo mucho más perentorio para sostener la vida el restaurar la *cantidad* de líquido que su *calidad*, para la cual es menos exigente en cuanto a la premura y da tiempo a que poco a poco vaya volviendo a la normalidad.

La cantidad de líquido que ha de ser ingerida en bebida, en circunstancias normales, deben distribuirse en las distintas horas del día, sin que sea muy importante cuáles hayan de ser éstas, salvo algunas restricciones que luego indicaremos. En general conviene que se beba al tiempo que se come, en pequeñas porciones intercaladas en la comida y al final de ella. De esta manera se diluyen un poco los alimentos ingeridos con que se mezcla la bebida, y adquieren una consistencia semifluida, que es a propósito para que sobre ellos obren los jugos digestivos. Por otra parte, esta consistencia es favorable al vaciamiento del estómago, del que van saliendo poco a poco los alimentos y pasando al intestino primero los más fluidos y después sucesivamente los que no lo son tanto, una vez que llegan a adquirir esta cualidad. Debe, no obstante, cuidarse de que la cantidad de líquido no sea *exagerada*, porque en este caso puede diluir los jugos digestivos en grado tal que sea excesivo para una perfecta digestión, sobre todo, por lo que hace a la acción gástrica, resultando de aquí trastornos digestivos perjudiciales para las funciones intestinales y para una buena asimilación de las sustancias nutritivas.

Las distintas cualidades de los manjares exigen que la cantidad de bebida de que vayan acompañados sea también diversa. Los muy salados, los picantes, los muy secos, estimulan más la sed que los de propiedades contrarias, y esta sensación, que invita a aumentar la bebida, hace que las sustancias a que tales propieda-

des son debidas se diluyan convenientemente, que su acción de contacto sobre la mucosa gástrica sea así menos irritante y que su absorción sea más lenta, puesto que ha de absorberse en un mayor volumen de vehículo, y su acción general orgánica sesá menos perniciosa.

Beber entre la comida en cantidad moderada es, pues, beneficioso; lo es hasta para el mismo apetito, que se sacia menos e invita a comer más después de haber bebido. Pero esto, que en general es cierto para los individuos sanos, puede no serlo en algunas circunstancias y convertirse en perjudicial algunas veces. Por eso, en el régimen dietético de muchos enfermos se establecen restricciones para la bebida, y muy particularmente en algunas se restringe la bebida durante la comida, como sucede en los atónicos y dilatados de estómago, en los obesos y en algunos otros, fundados en la influencia que en estos casos puede ejercer la bebida, acentuando alguno de los trastornos digestivos o de la nutrición que estos enfermos sufren, y cuyo mecanismo de acción no es este lugar para ser explanado.

Por el contrario, es en general pernicioso beber durante el período digestivo, sobre todo en cantidad un poco abundante. El ingreso de líquido en el estómago en plena digestión diluye la masa en él contenida de alimentos y jugos digestivos segregados por el estómago, y que son los convenientes en cada caso para las transformaciones que han de hacer sufrir a los alimentos ingeridos, lo que obliga a una detención de los fenómenos que en él se desarrollan, hasta que nuevas cantidades de jugo segregado nivela la proporción de principios activos necesaria para que la función digestiva continúe. Si estas interrupciones se suceden varias veces en cada período digestivo y las actitudes funcionales del estómago no son absolutamente normales para adaptarse rápidamente a las necesidades que ha de llenar, distintas en cada momento, se producirán perturbaciones en el total de las complejas funciones de digestión, que no pasarán sin molestias inmediatas para aquel determinado individuo y sin influencias perjudiciales más lejanas para su organismo.

En cambio, puede haber circunstancias en que el ingreso de pequeñas cantidades de líquido en el transcurso de la digestión gástrica sea beneficioso. Cuando con los alimentos se han ingerido cantidades crecidas de sal o de condimentos fuertes, que ejercen una acción irritante por su contacto con la mucosa gástrica, el líquido ingerido poco a poco durante la digestión, para suplir las porciones que van pasando al intestino, contribuyen a que la acción de aquellos irritantes gástricos sea menos intensa por estar más diluidos. Lo mismo sucede en las personas que padecen hiperclorhidria, sin ningún otro trastorno gástrico, pues estas porciones de líquido que van distribuyéndose en el curso del período digestivo sirven para diluir el exceso de ácido segregado por el estómago y hacen que cesen las molestias que tal exceso ocasiona. En uno y otro caso la sed avisa de estas necesidades; pero debe cuidarse



mucho de no seguir ciegamente los impulsos que esta sensación determina, pues cuando se obedece instintivamente a ellos sin la necesaria reflexión pueden sobrevenir trastornos de mayor entidad que aquellos que se trataba de corregir.

En los períodos de vacuidad del estómago no suele haber inconveniente en beber lo necesario para calmar la sed, siempre dentro de límites prudentes; y la bebida en ayunas de un vaso de agua, sobre todo si es fría, da buenos resultados a menudo en el tratamiento de algunas formas de estreñimiento habitual.

Frecuentemente se comenta y se discute si es más favorable para la digestión tomar en la comida o al final de ella bebidas calientes o heladas; y siempre que surge la cuestión se aducen como argumentos hechos favorables para la una y la otra de las opiniones, citándose personas a las que va bien con las bebidas calientes y otras que no digieren normalmente si les falta el helado al final de la comida, por unos y otros contendientes, cada uno en apoyo de lo que más se conforma con sus gustos y costumbres. Parece raro al pronto que los hechos puedan dar la razón tanto a unos como a otros de los que defienden opiniones contrarias, y nada más cierto, porque sucede que tanto el frío intenso como el calor un poco acentuado ejerce los mismos efectos sobre las funciones digestivas. No tiene esto nada de singular ni de raro, pues el mismo hecho se ve repetido multitud de veces. De la misma manera que lo mismo sirve para contener una hemorragia el empleo del agua muy fría que el agua muy caliente, pues del mismo modo excita una que otra las contracciones de las fibras musculares, puede suceder, y ocurre en efecto, que una pequeña cantidad de líquido caliente o de helado estimule las funciones gástricas, tanto secretorias como motrices, favoreciendo de este modo la digestión. De todos modos, siempre ha de entenderse que estas cosas ocurren dentro de ciertos límites, pues si la cantidad de líquido ingerida es grande, sobre todo de helado, puede producir efectos contrarios, dificultando la digestión y determinando alteraciones positivamente perjudiciales, que serán más graduadas si la ingestión tiene lugar, no al final de la comida, sino algún rato después, en pleno período digestivo.

El uso abundante, que llega a convertirse en abuso, de bebidas heladas, máxime en los períodos interdigestivos, en que el estómago se encuentra vacío, es, sin discusión, perjudicial, pues el efecto local del frío exagerado sobre la mucosa gástrica, de una manera muy continuada o repetida, la altera, produciendo en ella lesiones inflamatorias, casi siempre de carácter crónico, que exigen después tratamientos muy largos, molestos y rigurosos para su curación.

Si de la *cantidad* y la *forma* en que ha de ser introducido en el organismo el líquido necesario para el mismo, pasamos ahora a ocuparnos de su *calidad*, comenzaremos por decir que por ser su objeto reparar las pérdidas de agua que nuestro organismo sufre, no hay ninguno más adecuado ni que deba ser preferido desde el

punto de vista de la Fisiología y de la Higiene que el agua misma. Ninguna otra bebida es necesaria, y si hay varias que puedan ser tomadas sin inconvenientes, por lo menos graves, en sustitución de aquélla, es por ser su base el agua, ya de un modo natural, ya porque en su preparación artificial entre el agua como factor principal, puesto que ya dijimos al principio que la cantidad de agua que el organismo es capaz de formar es de todo punto insuficiente para sus necesidades. El agua pura es, pues, la bebida ideal, la más higiénica, la más conveniente, la más inofensiva y la más agradable para la mayor parte de las personas que no tienen su gusto embotado por el uso de bebidas; debiendo entenderse que al hablar de *pureza* del agua lo hacemos ahora refiriéndonos a su concepto higiénico de agua potable, cuyas condiciones nos apartarían mucho de nuestro objeto si hubiéramos de detallarlas, y de ningún modo a su concepto químico, que no tiene que ver con el primero.

De las bebidas que, siempre a base de agua, suelen gozar de reputación de digestivas, son las más corrientes las diversas infusiones que acostumbran a usarse al final de la comida, y de las que hemos de hacer dos grupos. En el primero comprenderemos todas aquellas cuyos principios añadidos no tienen ninguna influencia sobre las funciones digestivas ni sobre la salud general, como las de tila, flor de malva, anís, la yerba luisa, etc., que todas ellas son indiferentes, ligeramente carminativas algunas, y cuya discutible influencia, de concedérsela, debe referirse a la temperatura a que son ingeridas, casi siempre calientes. Son por completo inofensivas en la forma indicada, pero no tanto cuando se hace un uso continuo y exclusivo de ellas a todas horas, pues entonces, como por haber hervido el agua con que se prepara, ha sido eliminado de ella el aire, pierde condiciones de potabilidad, suelen ser pesadas para el estómago y ocasionar algunas perturbaciones y molestias que, por otra parte, no tienen gran transcendencia.

Alguna mayor influencia sobre la digestión hay que conceder a aquellas otras que incluimos en el segundo grupo, y cuyos principios activos pueden ejercer una marcada acción estimulante sobre las funciones gástricas y sobre la totalidad del organismo. Son éstas, principalmente, la manzanilla, por sus principios amargos, y el té y el café por sus alcaloides, cuya acción excitante se une a la de la temperatura a que son ingeridas. Para las personas sanas no tiene su uso moderado inconveniente alguno, pero es frecuente que se tomen en mayor cantidad de la prudente y por individuos a los que positivamente les son perjudiciales, ya por su acción local excitante de las secreciones gástricas, ya por su acción general sobre el organismo de los artríticos y enfermos de los vasos, ya por su acción sobre el sistema nervioso de todos aquellos que lo tienen exageradamente excitable. Por eso es grande el número de personas que deben abstenerse de estas bebidas en absoluto o hacer uso de ellas con gran parquedad y discreción.

Muchos mayores peligros y de mayor gravedad tiene el uso de las bebidas alcohólicas. También de éstas pueden establecerse dos grupos, según sean débiles en riqueza alcohólica, no pasando de 15 por 100, como son los vinos corrientes, la cerveza, la sidra, etc., y en general las bebidas fermentadas, o pasen del mencionado límite, como sucede con todas las bebidas destiladas. El alcohol es un tóxico para el tubo digestivo; para las glándulas, como el hígado y el riñón; para los vasos y para el sistema nervioso; teniendo en su acción la agravante de que las lesiones que ocasiona en el organismo, sobre todo las del sistema nervioso, no son sólo nefastas para él mismo, sino que trasciende de modo seguro y pernicioso a su descendencia, llegando cuando se perpetúa, a causar degeneraciones de las razas, tanto en el orden físico como en el intelectual y moral.

Sus efectos son muy diversos según la concentración, la cantidad, el modo de ingerirlo, el tiempo en que se ingiere, etc. Mientras una pequeña cantidad de vino o de cerveza tomada en la comida por las personas sanas no tiene peligro, y puede ejercer una acción ligeramente estimulante que hasta sea útil en individuos atónicos y desgañados, ingerido en grandes cantidades y en los períodos de vacuidad gástrica, sus efectos pueden ser desastrosos. Diluido y tomado en la comida, queda casi suprimida, o por lo menos sumamente atenuada su acción local; y su lenta absorción hace que las cantidades que en cada momento se encuentran en el interior del organismo sean inofensivas o poco menos. Pero si en vez de esto, la cantidad es muy grande, o aun sin serlo, su concentración es alta y además se ingiere con el estómago vacío, su acción irritante local es intensa y puede llegar a ser casi cáustica; su absorción es rápida y por lo tanto ingresa de una vez en el organismo en cantidad más que suficiente para que dé por resultado todos aquellos efectos perniciosos tan transcendentales a que antes aludimos.

Ninguna de las razones especiosas que se aducen en favor de estas bebidas tienen valor, y sólo son argumentos de quienes por no prescindir de la satisfacción de sus gustos o por defender sus intereses, arrostran las funestas consecuencias que su uso acarrea para sí mismo y para los demás. Ni el pretexto de que dan fuerzas y energías, cuando lo que hace es producir una excitación que va seguida luego de una proporcional depresión; ni el sofisma de que después de comidas picantes atenúan los efectos de éstas, cuando lo que hacen es reforzar su acción irritante local y la tóxica general; ninguna de estas falsas razones pueden justificar su uso, ya que de un lado no son verdaderas, y de otro, aunque lo fueran, las ventajas que se la atribuyen no pueden compensar de ningún modo los perjuicios que seguramente han de ocasionar.

Si al alcohol se añaden esencias para estimular el gusto de un modo enérgico, formando toda esa serie de aperitivos cuyo tipo más saliente es el ajeno, entonces

los inconvenientes y peligros se multiplican, porque a la acción tóxica del primero se añade la de los segundos, mucho más tóxicas que él mismo. Sus efectos, sobre el sistema nervioso sobre todo, no pueden ser más funestos, pues desde las lesiones más ligeras de los nervios periféricos, hasta las más profundas enfermedades mentales, todas ellas son la consecuencia natural de su uso. Deben ser siempre proscritas, según aconseja la Higiene, en su noble afán de disminuir las enfermedades, fortalecer los organismos y vigorizar la raza, y de acuerdo con sus preceptos no debe hacerse uso de ellas en ninguna ocasión y bajo ningún pretexto.

Las bebidas acídulas y aquellas otras que aun sin serlo se preparan con zumos de frutas, son casi siempre inofensivas y por lo tanto recomendables. Calman la sed más que el agua sola, sobre todo no estando excesivamente dulce, y en épocas de calor son útiles además de agradables. Únicamente pueden perjudicar a los hiperclorhídricos, y aun no en gran manera si la cantidad de ácido está bastante diluida. En éstos, y en los artríticos y reumáticos, son más beneficiosas las ligeramente alcalinas, produciendo sus más favorables efectos tomadas en los períodos digestivos, un par de horas después de las comidas y repitiendo la ingestión en cantidades moderadas a pequeños intervalos hasta el final de dicho período, traducido prácticamente por la desaparición de las molestias que en estos casos suelen presentarse en ellos.

Las bebidas gaseosas a base de gas carbónico, las más comunmente empleadas, o de oxígeno, que lo son menos, tampoco tienen peligros especiales fuera de los individuos de estómago muy atónico o con dilatación verdadera. Aun en estos casos, pueden usarse, con la precaución de que la cantidad de gas sea pequeña, para lo que debe esperarse algunos momentos desde que es vertida en el vaso hasta que se ingiera; precaución que por otra parte debe tomarse por todos aquellos que padecen atonía gástrica aún poco acentuada, porque el acúmulo de gas puede aumentarla, y por lo menos exagera las sensaciones molestas de plenitud que en estas personas suelen presentarse. Por lo demás son agradables al paladar, sobre todo las carbónicas, y su uso con los cuidados indicados no tiene inconvenientes.

Por último, no hemos de terminar sin una indicación de gran interés y sumamente necesaria en la práctica por lo poco que se tiene en cuenta, aun cuando en buena lógica pudiera parecer superflua. Nos referimos al uso irregular y caprichoso de las aguas minerales. Nada en concreto hemos dicho de ellas, porque como indicamos al principio sólo nos hemos ocupado de las aguas potables desde el punto de vista higiénico, y éstas no lo son, así consideradas; pero no queremos dejar de aprovechar la ocasión sin aconsejar con el mayor encarecimiento que no se haga uso de ellas sin prescripción formal del médico, pues por lo mismo que tienen un valor real y una eficacia universalmente reconocida, deben ser usadas según sus indicaciones,

que nadie más que el médico está capacitado para establecer. No se pierda de vista que son medicamentos como otros cualesquiera, y que como ellos, no deben ser usados de una manera ciega y arbitraria, porque sus acciones favorables pueden convertirse en altamente perjudiciales para los individuos en que concorra alguna de las contraindicaciones que para ellas como para todos los medicamentos existen.



# ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

## Sociedad Oftalmológica de Madrid

### **Panofthalmia metastásica por antrax diabético.**

DR. GARCÍA MANSILLA.—Dada la frecuencia de la diabetes sacarina y la facilidad con que en esta enfermedad aparecen los forúnculos y los antrax, no son muchas las panofalmitis metastásicas, que suelen observarse, por lo cual considero de interés dar a la publicidad el siguiente caso:

S. Andrés, de 48 años, empleado en la Casa de la moneda, era diabético desde hacía seis años, oscilando la cantidad de glucosa en la orina, entre 5 y 40 gramos, según las épocas. Durante los primeros cinco años de su diabetes no disminuía de peso, y conservaba un excelente estado general con buen apetito y con fuerzas físicas e intelectuales que le permitían desempeñar perfectamente su empleo pero desde hace un año empezó a disminuir de peso, de apetito y de vigor y siendo esta situación progresiva, le impedía desde hace dos meses ejecutar trabajo alguno.

En este estado de gran adelgazamiento se le presentó un forúnculo en el brazo, seguido de un enorme antrax en el cuello que le producía grandes dolores, fiebre ligera y pérdida completa de apetito, no alimentándose sino con leche. Tanto el forúnculo del brazo como el antrax del cuello, fueron desbridados por el médico de cabecera quien venía tratando desde hace mucho tiempo la diabetes.

El antrax supuraba abundantemente por cuatro aberturas y contribuía a debilitarle cada vez más. El azúcar se elevó a 13 por 1000 de 5 en que estaba antes.

A los quince días de presentarse el antrax se presentaron en el ojo derecho, que no había tenido nunca padecimiento alguno, ni manifestación alguna de diabetes, ligera neblina, inyección periquerática y lagrimeo bien pronto seguidos estos síntomas de dolores y de rápido descenso de la visión, estado que fué diagnosticado de iritis supurada. A los dos días la visión desapareció por completo.

A los seis días de iniciarse estos síntomas vimos por vez primera al enfermo y

ex

podimos comprobar la existencia de un flemón ocular con gran aumento de volumen del globo, vivísimos dolores; había pus en la cámara anterior y la córnea estaba completamente deslustrada.

Los párpados fuertemente edematosos, costaba mucho trabajo separarlos para ver la córnea que a su vez estaba rodeada de extenso quimosis. El ojo izquierdo estaba completamente normal.

Propusimos un desbridamiento para calmar los dolores del paciente, pero fué rehusada toda intervención prefiriendo el paciente y su familia que el flemón ocular se abriese espontáneamente. Efectivamente a los cinco días de verle nosotros y once de haber aparecido la afección ocular se perforó el globo ocular en su parte supero-externa saliendo gran cantidad de pus. Desde este momento empezó a disminuir el edema palpebral, cesando los dolores y se aplanó el ojo poco a poco conforme salía su contenido purulento. Como el forúnculo y el antrax supuraban también abundantemente, la alimentación era sumamente escasa y la demacración era enorme, el paciente falleció de coma diabético a los seis días de abrirse el flemón.

La panoftalmía que ha padecido nuestro enfermo en un ojo antes completamente sano y que no ha sufrido traumatismo alguno, sólo puede explicarse por una metástasis procedente de una infección estreptocócica del antrax y del forúnculo, complicación sumamente rara, según Axenfeld.

DR. JENARO GONZÁLEZ.—De panoftalmía metastásica he visto varios casos en la convalecencia de algunas enfermedades infectivas, tales como la fiebre puerperal, neumonía, viruela y tifus, pero ninguno por un antrax como el presentado por el Dr. Mansilla. El caso es muy excepcional, pero no por eso menos interesante; es un hecho más de los que constantemente nos enseña la clínica, y que amplía nuestros conocimientos en la etiología de esta enfermedad. Las metástasis microbianas al aparato ocular que dan origen a las coroiditis supurativas no son por fortuna lo frecuente que las panoftalmías originadas por traumatismo con herida o de infección exógena.

Hay casos de panoftalmía donde el mecanismo de la infección se separa de estos dos tipos patogénicos (exógeno y endógeno), que tan artificiosamente divide la patología ocular, quedando un margen intermedio de causas mixtas que son prueba indudable de microbismo latente unas veces, y otras, de la influencia que ejerce un traumatismo en un estado patológico anterior.

De tales causas mixtas tengo observados dos casos que pueden servir de tipo.

Uno, de un individuo que recibió una contusión sin herida en el ojo. A las 48 horas aparece intensa inflamación, quimosis de la conjuntiva, enturbiamiento de la córnea, edema del párpado, grandes dolores que acusan el cuadro de una panoftalmía. ¿Cómo se verificó la infección no habiendo herida? Es indudable que sólo se

puede admitir pensando en un microbismo *latente*. El otro caso, es con herida, pero no se produce la panoftalmía hasta después de un año de fecha del accidente. Un cazador que recibe un perdigonazo en el ojo, pierde la visión por la hemorragia, el perdigón se enquistaba, y al cabo de un año, sin otra causa que lo determine aparece la panoftalmía. Aquí, sólo podíamos considerar la influencia que pudiera ejercer el traumatismo en un estado patológico anterior, o a la disminución de resistencia en los tejidos oculares para servir de punto de fijación a otra enfermedad general o local. Es decir, la localización de un proceso a distancia o la explosión local de un microbismo latente. Son, pues, tales observaciones, hechos que demuestran que las causas determinantes o predisponentes giran en distinto sentido según las circunstancias, haciendo unas veces localizar una infección endógena, otras, determinándola *in situ*, y otras, amortiguando la infección para hacer su labor destructora a larga fecha.

Hay también otras coroiditis supurantes, donde el microbio jugó un papel muy indirecto, siendo su toxina la que emigra, y de un modo metastásico acarrea la inflamación de la membrana vascular del ojo. Estas son panoftalmías atenuadas que se separan en la etiología y en la forma clínica de los tipos corrientes.

#### **Presentación de un caso de blefaroplastia, por el método de Suydacker.**

DR. SORIA Y ESCUDERO.—El caso que me va a ocupar en la sesión de hoy, es uno de tantos que acuden a nuestras consultas con terribles y antiestéticas deformidades palpebrales, producidas por quemaduras y aún más frecuente por pústula maligna.

La pústula maligna que se localiza con gran frecuencia en los párpados produce por la flogosis intensa del tejido celular y por la serie de intervenciones que el médico se ve obligado a practicar (cauterización ignea, incisiones y excisiones, cauterizaciones con cáusticos químicos, extensas y profundas cicatrices que al retraerse tiran del borde libre de los párpados invirtiendo éstos y dejando al globo falto de la protección que aquéllos le prestan y que es indispensable para la conservación de su integridad.

Este es el caso presente: la enferma siendo una niña (14 años) padece una pústula maligna en la comisura externa que es cauterizada por el procedimiento clásico del hierro al rojo. Ulteriormente y desaparecido ya todo rastro de proceso inflamatorio ve la familia que el párpado superior está notablemente contraído y que la enferma no puede cerrar el ojo. A los dos años de ocurrido el padecimiento comienza a sentir molestias oculares consistentes en fotofobia, lagrimeo y disminución de la agudeza visual, en consonancia con la aparición de una nube localizada en la parte



infero-interna de la córnea. Con alternativas de remisiones y exacerbaciones ha pasado hasta mediados del mes de Abril, en que acude a mi consulta. Observo en ella, una enorme retracción del párpado superior, de tal modo, que las pestañas están en contacto con la ceja; no hay inversión del párpado, esto es, no se ve la conjuntiva palpebral y en la córnea las lesiones que caracterizan las queratitis por lagofthalmos. Propongo a la enferma una blefaroplastia por el método de Fricke, que rechaza de plano.

Entonces me acuerdo del procedimiento de Suydacker y le propongo a la enferma la restauración del párpado, tomando la piel del cuello y es aceptado por ella.

El día 16 de Abril se practica la intervención. Anestesia clorofórmica de 80 minutos de duración. Desinfección escrupulosa de toda la mitad derecha de cara y cuello y se comienza por liberal el párpado superior practicando una incisión paralela al borde libre a unos dos milímetros de él, hasta poner en contacto ambos bordes libres holgadamente; se abrirá el labio posterior del borde en ambos párpados y se colocan cinco puntos de sutura. Hecha ya la tarsorrafia, se procedió a disecar el colgajo dermo-epidérmico del cuello, sobre el músculo esterno-cleido mastoideo, en una extensión de cuatro centímetros de anchura por quince de longitud cuyo extremo libre llega a la región infra-clavicular y la base un poco más ancha que el resto queda a nivel de la apófisis mastoides. Se llevó el colgajo atravesando la cara hasta la pérdida de substancia palpebral y unió a ella mediante puntos de sutura colocados en su parte superior interna e inferior.

La gran pérdida de substancia del cuello, se ocluye en sus tres cuartos inferiores mediante una sutura continua. Apósito y vendaje.



## SECCIÓN VARIA

### Sobre el actual estado sanitario de Francia y su identidad con la epidemia gripal en España

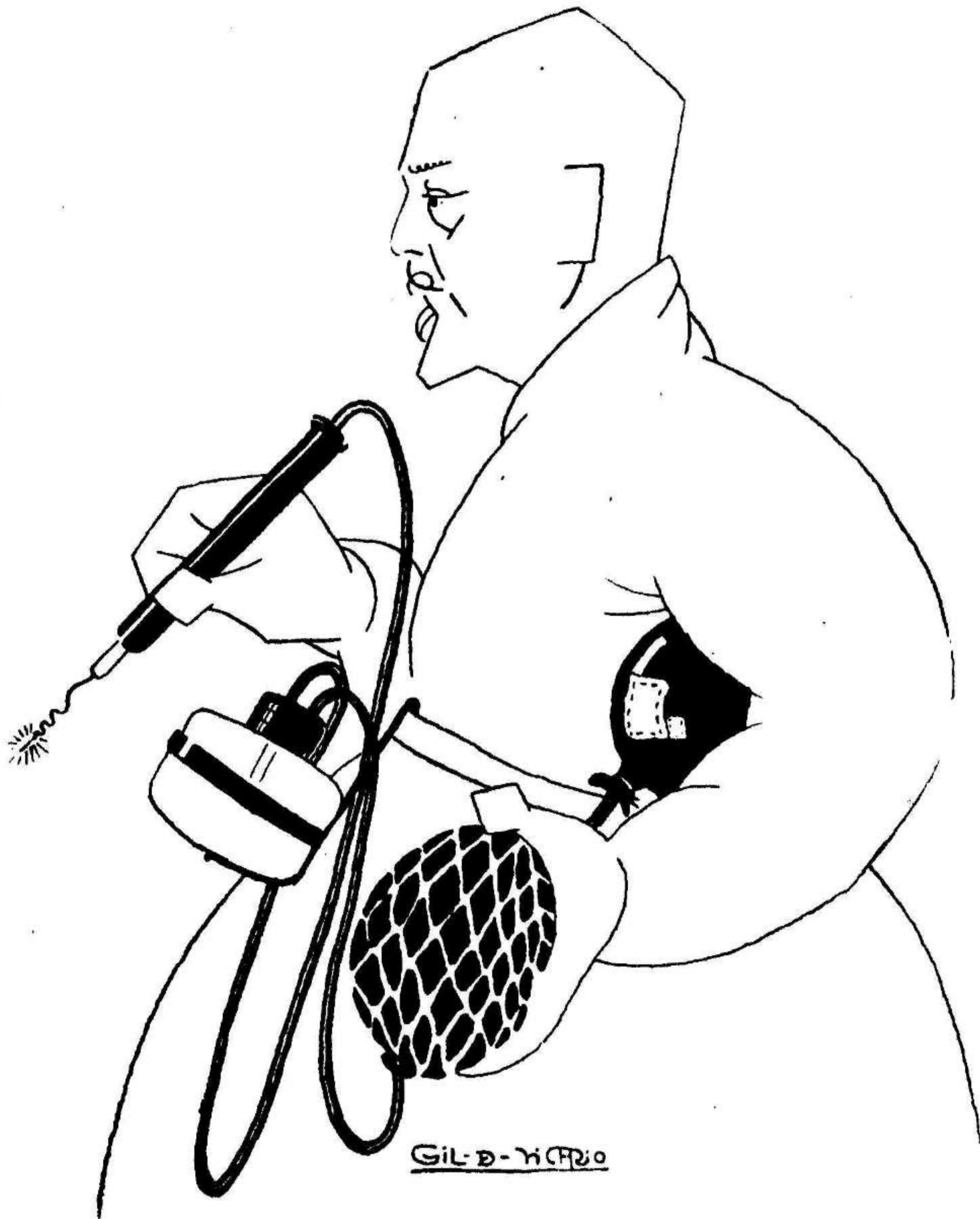
Cuando la epidemia de gripe adquirió, a partir del mes de Septiembre, caracteres de gravedad, más que por su difusión extremada, por las complicaciones broncopulmonares rápidamente mortales, comenzaron a infiltrarse en el ánimo del público serias dudas acerca de la naturaleza de la enfermedad, a lo cual han contribuido sin duda algunos juicios seudocientíficos publicados en la Prensa política. El público, por otra parte, carecía de noticias exactas sobre el desarrollo de la misma epidemia en todas las demás naciones de Europa y de América. En cambio, corrían voces, acogidas por muchos como fehacientes, acerca de la existencia en los países colindantes con España, principalmente en Francia, de enfermedades pestilenciales fácilmente transmisibles al territorio nacional por los intercambios de la frontera (cólera, tifus exantemático, peste pulmonar).

Parecía llegado el momento de cerciorarnos de *visu*, con una observación directa, con datos recogidos personalmente, de la identidad de la epidemia española con la pandemia, que, en realidad, se ha extendido desde hace tiempo a toda Europa, a los Estados Unidos del Norte de América, y realmente al mundo entero, puesto que últimamente se tienen noticias de su existencia en Africa, Asia y Australia. A esto, y al deseo de cotejar las medidas profilácticas adoptadas en Francia con las puestas en práctica en España, obedece el viaje que hemos llevado a cabo en estos días, por encargo de la Inspección de Sanidad y del ministro de la Gobernación.

Sin perjuicio de dar cuenta oficialmente de los resultados de la Comisión que se nos ha confiado, creemos oportuno resumir nuestras impresiones para conocimiento inmediato de nuestros compañeros.

1. *Identidad de la enfermedad en Francia y en España desde el punto de vista clínico, epidemiológico y bacteriológico.*—Apresurémonos a declarar que esta identidad es absoluta. En las visitas hechas en estos días al Hospital Beaujon (servicio del doctor A. Robin), a Saint-Antoine (servicio de los doctores Chauffard y Claude), a Val de Grace (doctor Vincent), al Hotel-Dieu (doctores Chantemèffe y

GALERÍA DE CARICATURAS



**DR. LAUREANO ALBALADEJO**

Colaborador de MURCIA MÉDICA





Gilbert), al Hospital Cochín (doctores Vidal, Oettinger y Gaillard), al Hospital de Infecciosos del Instituto Pasteur (doctor Martín), hemos visto las mismas formas, las mismas manifestaciones clínicas, el mismo síndrome que uno de nosotros (Marañón) ha podido seguir en iguales condiciones de hospitalización en su servicio del Hospital General, y que todos hemos observado en la práctica privada en Madrid y en provincias. Predominan como allí los casos graves entre los jóvenes y adultos, desde los diez y seis hasta los cuarenta años. También en Francia como en España afecta con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres, pudiéndose explicar esto quizás por la permanencia más continuada en la atmósfera confinada del hogar.

Las complicaciones más frecuentes son las torácicas, singularmente la bronconeumonía precoz o tardía, casi siempre de evolución maligna, terminada en muchos casos por un síndrome de edema pulmonar con gran cianosis, aspecto vultuoso y otros fenómenos asfícticos, escasa tos y expectoración, y fenómenos de intoxicación nerviosa, síndrome que ha dado lugar, como en nuestro país, en los primeros tiempos de la epidemia, a dudas diagnósticas con el tifus exantemático; y en las formas de evolución rapidísima con la peste pulmonar.

Entre las complicaciones torácicas, hemos visto también gran cantidad de casos de pleuresía purulenta con el síndrome clínico, enteramente igual a los observados en Madrid por Iñigo en el Hospital de Carabanchel y por nosotros en el Hospital General de Madrid.

En la mayoría de estas formas graves se observa albuminuria, a veces pasajera, pero generalmente pasajera, datos que concuerdan también con los observados en España.

También hemos visto en los servicios de los doctores Robin y Chauffard complicaciones hepáticas como las comprobadas clínicas y anatopatológicamente por Medinaveitia y Marañón en el Hospital General, y por Palanca y Arcaude en los Hospitales de Carabanchel y San Carlos.

Igualmente se confirma los casos en que predomina el síndrome asténico, que, Chauffard y Claude interpretan como expresión de una insuficiencia suprarrenal, ya indicada por nosotros en Madrid. Estos autores han encontrado también hemorragias puntiformes de la sustancia medular que confirman la realidad de esta hipótesis.

No muy frecuentemente, pero sí en mayor abundancia que en España, han observado los médicos franceses formas abdominales, caracterizadas clínicamente por las diarreas abundantes, que, unidas a la astenia, han dado lugar a errores de diagnóstico con el cólera, rápidamente rectificadas bacteriológica y clínicamente.

Desde el punto de vista clínico, a esto se reducen las modalidades de la gripe en Francia.

Otras formas menos frecuentes (meningitis, neuritis, raros casos de encefalitis letárgicos, etc.), sólo se han visto en casos excepcionales.

Bacteriológicamente, los hallazgos corresponden a los de Madrid y del resto de España. El fondo gripal de la epidemia se comprueba con un tanto por ciento, si no muy crecido bastante acentuado, de casos con aislamiento del bacilo de Pfeiffer. (Netter, Besançon, Martín, etc.) Queda, naturalmente, en pie la cuestión planteada últimamente por Nicolle, de Túnez, de la existencia de un virus filtrable. Ya otros habían pensado en esta posibilidad, que, teóricamente, ofrece, en lo que atañe a la patogenia, a la contagiosidad y a la epidemiología de la gripe, una gran verosimilitud. En España mismo algunos investigadores (Mouriz, Ruiz Falcó) habían comenzado algunas observaciones en este sentido, sugeridas, además por la relativa inconstancia del hallazgo del bacilo de Pfeiffer, sobre todo en las complicaciones. En éstas, dicho germen (el bacilo de Pfeiffer) juega ya un papel muy secundario, y, en cambio, las infecciones estreptocócicas y neumocócicas adquieren una violencia extremada.

La proporción de estos gérmenes, o mejor dicho, el predominio de los unos o de los otros, en la determinación del síndrome neumónico—septicémico—, no ofrece diferencias considerables respecto a los casos españoles. Como allí, se encuentran casos con enormes cantidades de estreptococos, casi en cultivo puro, en el parenquima hepaticado de los pulmones: otros, con asociaciones de estreptococos y de neumococos; otros, (aquí, al parecer, en mayor número que en España), con predominio de los neumococos; otras veces se han hallado también estafilococos hemolíticos y el neumobacilo de Friedlaender, prescindiendo de algunos, mucho menos numerosos, y de interpretación epidemiológica dudosa, en los que se han puesto de relieve microorganismos del grupo parameningocócico, o resueltamente meningococos del tipo Weischelbaum.

La identificación del estreptococo hemolítico peculiar de estas infecciones broncopulmonares, ya emprendida en Madrid con los gérmenes aislados, bien por hemocultivo (R. Falcó, en Irún), bien por punción u operación de empiema (Marañón, Iñigo, Palanca), bien de la expectoración y del mismo parenquima pulmonar (autopsias del Hospital de Carabanchel y de La Granja, doctor R. Arcaute y doctor Palanca), plantea nuevamente el problema de las afinidades de los estrepto y de los neumococos, problema a cuya solución han aportado importantísimas contribuciones, desde los trabajos de Rosenou, los investigadores norteamericanos (Cole, Mac Callum Howlett, etc...). No podemos en esta ocasión entrar en la discusión acerca de este punto. Sin embargo, conviene dejar sentado que la opinión de la mayor parte de los observadores de aquí con quienes hemos tratado de este asunto (Martín, d'Hérelle, Besançon, Vincent, etc.), coincide con los resultados de nuestras pesquisas.

Las investigaciones de Martin, subdirector del Instituto Pasteur, se refieren a la epidemia observada en Brest en los reclutas de la Marina y en las tripulaciones de varios barcos. Los datos bacteriológicos que concuerdan exactamente con los de los doctores Lemare-Hadonc y Denier se refieren principalmente a autopsias en las cuales han encontrado estreptococos en las pleuresías purulentas y en los abscesos del pulmón; neumococos y estreptococos en las neumonías y bronconeumonías, y algunas vez el bacilo de Pfeiffer. En los enfermos muertos rápidamente, encuentra casi constantemente éste el cocobacilo, especialmente entre los tripulantes indios de un barco inglés. Se puede afirmar, añade, que el bacilo Pfeiffer se encuentra en la gran mayoría de los casos de gripe, pero muchas veces es difícil ponerlo en evidencia. Es preciso buscarle en el pulmón congestionado y también en los bronquiolos, especialmente este último en las personas muertas rápidamente. Se le encuentra más difícilmente cuando la enfermedad ha durado más de cinco días a partir de la invasión.

Si se admite que el bacilo de Pfeiffer es el agente causal de la gripe y que se desarrolla desde el comienzo de la enfermedad, se observa que los europeos sucumben rara vez por la acción de este solo germen; pero que los indios son más sensibles y mueren desde el principio. Después, la gripe se complica en los europeos y mueren de infecciones neumocócicas y estreptocócicas. Concuerdan estos datos con los resultados de nuestras autopsias (Hospital de Carabanchel y de La Granja).

Legroux, del Instituto Pasteur, dejando aparte el juicio definitivo acerca del virus filtrable, opina que el primer germen que se encuentra en las vías respiratorias de los atacados, dotado de positiva y específica acción patógena, es el bacilo de Pfeiffer al que se sobreponen rápidamente neumococos y estreptococos.

Como ya dijimos, se ha llegado a sospechar clínicamente alguna vez otras enfermedades pestilenciales distintas de la gripe, principalmente el cólera o la peste pulmonar; pero nunca se ha encontrado los agentes causales de estas enfermedades, porque si bien, como ha sucedido en España, el examen microscópico directo de los productos ha parecido demostrar alguna vez gérmenes morfológicamente parecidos a los del cólera o de la peste, nunca el examen concienzudo por cultivos y por experimentación en animales, ha dado resultado positivo, y nadie se ha atrevido a lanzar a la publicidad que se trataba de estas enfermedades, ni siquiera la duda que sea la gripe la enfermedad actual.

En resumen, clínica y bacteriológicamente, la epidemia reinante en Francia es la misma que existe en España y en el mundo entero, pudiendo afirmar rotundamente que no existe epidemia ni casos aislados de cólera, peste pulmonar ni tifus exantemático.

II. *Epidemiología*.—Importa, ante todo, consignar, para compararlos con los

de España, los datos demográficos de estas últimas semanas en París y en el resto de Francia. La estadística municipal de París arroja en la semana entre el 10 y 17 de Octubre pasado, 1.944 defunciones en lugar de 1.445 durante la semana anterior (del 3 al 10). La media semanal ordinaria de los años anteriores, es decir, fuera del tiempo de epidemia, es de 721 en el mes de Octubre; por tanto, la mortalidad resulta casi triplicada respecto a la normal.

Esa estadística municipal atribuye a la gripe 880 defunciones de las 1.944. Sin embargo, algunos de los médicos generales y jefes de servicios de hospitales con quienes hemos tenido ocasión de hablar, creen que las cifras oficiales mencionadas son inferiores a la realidad porque hay formas de neumonías y bronconeumonías que, una vez aceptado el criterio epidemiológico para la definición de la enfermedad, deben atribuirse a ésta y que algunos médicos certifican con diagnósticos de la gripe.

Los datos correspondientes a los departamentos ofrecen también un promedio de triple mortalidad respecto a las mismas épocas de años anteriores. Aunque no de un modo uniforme, hay, sin embargo, departamentos con mortalidad escasa.

En cuanto a la relación de la mortalidad a la morbilidad, resulta como en España extremadamente difícil establecerla con exactitud, porque mientras los fallecimientos no se ocultan la mayoría de los atacados no son denunciados. Al hablar de las medidas profilácticas, daremos cuenta de una circular de la Dirección general de Asistencia e Higiene pública redactada por el director general, doctor Brissac (18-9-1918), en que aconseja a los médicos una declaración colectiva del número de atacados en cada localidad, diciendo expresamente que no es preciso recurrir a la declaración obligatoria individual.

Pero, en resumen y en términos generales, puede afirmarse que en los departamentos la mortalidad no ha superado el 10 por 100 de los casos. En muchos de ellos ha sido muy baja y aun en las mismas ciudades, si se tiene en cuenta el enorme número de casos leves, el promedio no ha sido superior al 5 por 100. En cambio, los hospitalizados, que, naturalmente, son todos enfermos graves, dan una mortalidad del 12, 15 y hasta 30 por 100 en algunos casos. En el Hospital Beaujon (servicio del doctor Robin), desde el 1 al 23 de Octubre hubo 332 enfermos de gripe complicada, y fallecieron 39, aproximadamente el 13 por 100.

Las noticias de Italia dan exactamente las mismas proporciones. La enfermedad ha sido muy grave, sobre todo en el Norte (Milán, Turín, etc.), y muy especialmente en las provincias colindantes con Suiza. En Milán, la mortalidad durante las últimas semanas de Septiembre y primeros de Octubre, ha alcanzado cifras diarias de 140 a 180 defunciones, siendo la cifra normal de 50 a 60, de modo que la mortalidad normal resulta triplicada. De Suiza han llegado noticias iguales, a partir del



mes de Julio, publicadas en el *Bolletín de Service Suisse de l'Hygiène Publique* (13 y 20-7-1918).

III. *Proflaxia*.—Debemos ahora examinar qué se ha hecho en estos países frente a una situación sanitaria que debemos considerar idéntica a la de España.

Lo primero era darse cuenta de la contagiosidad. Inútil es repetir una vez más lo que ya reiteradamente hemos afirmado al tratar de la epidemia española, es decir, que la enfermedad sólo es transmisible por el hombre enfermo o portador del agente causal, por medio de las excreciones de sus vías respiratorias, sin que intervengan en modo alguno en condiciones naturales para el desarrollo de la epidemia los factores alimenticios, el agua o cualquiera de los otros vehículos que en otras enfermedades pueden ser transmisores de virus. En cambio, se comprende y se comprueba empíricamente, lo mismo aquí que en España, como en todas partes que las condiciones del aire en que se respira, el hacinamiento, las aglomeraciones de personas en ambientes confinados, circunstancias todas que dificultan las defensas propias de las mucosas respiratorias, son los factores fundamentales que facilitan la difusión de la enfermedad.

Sólo contra estos tres factores deben dirigirse las pocas medidas eficaces que se puede combatir la difusión de la enfermedad. Así y todo hay una serie de medidas que conservan un valor principalmente teórico: otras, siempre de más reducido alcance, tienen verdadera eficacia práctica.

Teóricamente, el ideal consiste, y así lo afirma Martín en su Rapport al ministro de Marina acerca de la epidemia de Brest (27 Septiembre 1918), en el diagnóstico precoz y el aislamiento del enfermo. Desde el punto de vista social, esto encuentra en seguida la enorme dificultad de la asistencia en los hospitales. La organización actual de la asistencia pública es en todas partes insuficiente, dado el número inmenso de atacados necesitados de asistencia facultativa. Para obviar esta dificultad acentuada en Francia por los problemas inherentes a la movilización y a la guerra, el director general de Higiene pública, Dr. Brissac, aconsejaba en recientes disposiciones ministeriales limitar el aislamiento a los casos graves con complicaciones pulmonares. Este criterio, a nuestro entender, no es sostenible desde el punto de vista epidemiológico, puesto que para la difusión de la enfermedad deben ser considerados más peligrosos los casos benignos, que por su misma movilidad van sembrando el contagio por todas partes. Sin embargo, desde el punto de vista práctico, en las grandes agrupaciones sociales, principalmente urbanas, no queda otra cosa que hacer. Ahora bien: muy distinto es el caso en los grupos sociales capaces de ser manejados con mayor disciplina, como son los militares en los cuarteles, presidios, colegios, tripulaciones de barcos, asociaciones religiosas, etc. En todos estos casos, el criterio aquí adoptado ha sido el de Martín, es decir, el aislamiento inmediato de

todo individuo sospechoso, no esperando a que se presente como tal enfermo, sino indagando por signos leves (cefalea, faringitis sospechosas, décimas de fiebre, etc.), quién puede ser enfermo de gripe en su comienzo. En estos casos, y en condiciones adecuadas de hospitalización, conviene extremar el aislamiento individual, separando si no hay modo de hacer otra cosa, las camas por medio de tabiques de tela o biombos, fácilmente improvisables sobre un pequeño bastidor de madera, tal como lo hemos visto en la citada clínica de Chauffard (Hospital Saint-Antoine). Estos lienzos impiden la difusión en torno de la cama de las partículas espelidas por el enfermo, de cuya importancia en el contagio ya hemos hablado.

En cambio, han sido muy limitadas las medidas de desinfección propiamente dichas. Está en el ánimo de todos su absoluta inutilidad. Cuando se han llevado a cabo ha sido más bien por satisfacer a la galería. Suponemos que en España la imposición de tales medidas habrá obedecido a iguales criterios, puramente políticos, y desde luego muy criticables desde el punto de vista de la seriedad científica. Aquí, en Francia, se le ha dado, desde luego, escasísima importancia, incluso por parte del público, que, por cierto, se ha conducido con una serenidad admirable, que hace resaltar aún más el aturdimiento a que se ha entregado el público en nuestro país. Bien es verdad que tampoco han contribuido a sosegarle algunos periódicos españoles, que han comentado excesivamente los estragos de la epidemia; mientras aquí, y en los demás países, la Prensa se limita a reflejar muy someramente la opinión de los hombres de ciencia y los consejos y disposiciones oficiales. Para dar idea del ningún valor que aquí se concede a la desinfección con los líquidos antisépticos cuyo mal olor satisface y tranquiliza, por lo visto, a nuestro público, diremos que en el Hospital del Instituto Pasteur, justamente considerado como uno de los modelos de hospitalización de infecciosos, se lavan sencillamente con agua las celdas individuales de cada enfermo, cuando éstos las abandonan, ventilándolas luego ampliamente, y sin más preparación son ocupadas por otro enfermo quizá de una infección diferente.

Inútil es decir que conservan todo su valor las medidas de profilaxia individual, mediante el lavado y desinfección de la boca y fosas nasales por los medios sabidos (agua oxigenada, aceite gomenolado, etc.) En algunas clínicas hemos visto usar al personal asistente la máscara de Vincent (compuesta de cinco hojas de gasa sobre boca y narices sujeta con una goma a la cabeza).

Estas conclusiones, así en lo que tienen de afirmativo como de negativo, son, en realidad, el resultado de la experiencia de todos los países de Europa y de América, en que existe la epidemia (Inglaterra, Estados Unidos, Italia, Bélgica, Portugal, etc.), los cuales todos tienen actualmente, como es sabido, una representación científica importantísima en París, donde están centralizados los servicios sanitarios de los ejércitos en guerra.

Queda por tratar un punto de gran interés político, que es el referente a las medidas adoptadas en la frontera. Hemos tenido a este propósito un cambio de impresiones con el director general de Higiene pública, Dr. Brisacc. Es posible que, por parte también de las autoridades sanitarias francesas, se haya cedido algo a las exigencias del público, que tenía motivos para temer, por parte de España, el mismo peligro de importación del contagio que tanto preocupó a los españoles durante los meses pasados. Sin embargo, ha llegado el momento de declarar categóricamente la absoluta inutilidad de tal medida, y, por lo tanto, de intentar su limitación en la forma que los poderes públicos estimen conveniente. Nuestro consejo, que tenemos motivos para creer que sería acogido benévolaente por las autoridades sanitarias francesas, es el siguiente:

Primero. Supresión absoluta de las molestas e inútiles desinfecciones individuales en el paso de las estaciones fronterizas; y

Segundo. Conservación de las medidas de vigilancia en lo que atañe a las grandes agrupaciones de obreros inmigrantes; esto es, que proceden de Francia; y esta vigilancia dirigirla principalmente en el sentido del diagnóstico de los casos sospechosos, evitando al propio tiempo el excesivo hacinamiento, para lo cual podría regularse el paso de dichos obreros por grupos relativamente poco numerosos, compatibles con la potencialidad local de todo sistema sanitario.

Los ensayos acerca de una vacuna profiláctica se hallan todavía en un período tan inicial, que no permite adelantar la menor impresión sobre este punto. Defressine y Violle (Académie des Sciences, 30 Septiembre 1918) aseguran haber obtenido buenos resultados con el empleo como medio preventivo de la enfermedad, y sobre todo de las complicaciones, inyectando suero de convalecientes (100 cent. cúb.).

Basándose en los hallazgos bacteriológicos de las complicaciones, y con el fin de evitar especialmente éstas, Legroux ha comenzado a preparar en el Instituto Pasteur una vacuna mixta de neumococo, estreptococo y bacilo de Pfeiffer. También en el servicio de Martín a todo enfermo de gripe no complicada y reciente, se le pone una inyección de vacuna antineumocócica diluída, y desde que siguen esta práctica dicen no haber observado complicaciones pulmonares. D'Herelle cree lo mismo que Martín: esto es, que sólo el neumococo es importante para las complicaciones pulmonares, y, en unión de Deru, piensa experimentar el valor preventivo de la vacuna antineumocócica en poblaciones todavía indemnes.

Comprobaremos personalmente con material procedente de aquí, y con el que prepararemos con los gérmenes españoles, la eficacia de este procedimiento, teóricamente aceptable, y a cuyo favor existe también el hecho observado en una parte del Ejército neozelandés, el cual fué vacunado a primeros de este año con una vacuna análoga para impedir el desarrollo de las complicaciones pulmonares observa-

das en una epidemia de sarampión, comprobándose que solamente el 2 por 1.000 de los neozelandeses vacunados habían sido víctimas de la epidemia, contra 28 por 1.000 de los no vacunados.

Además, abre un camino seguro a este género de experiencias el hecho indudable de que las infecciones gripales confieren inmunidad a los individuos que las han padecido. Este hecho, claramente visto en España, ha sido comprobado en Francia por la Comisión designada por la Academia de Medicina, compuesta por los doctores Chauffard, Netter, Vincent, Achard y Besançon, cuyo informe (ponente, Besançon) ha sido publicado en el Boletín número 41 del 15 de Octubre de 1918. Netter llega a suponer que los viejos, indemnes en esta epidemia, lo son gracias a una inmunización adquirida, bien en la epidemia del año 1890, bien en infecciones esporádicas. Esta misma opinión ha sido sustentada en España por varios inspectores provinciales de Sanidad.

*IV. Tratamiento.*—Podemos resumir nuestra impresión después de un estudio cuidadoso de todos los medios de tratamiento empleados en los hospitales de París y del frente de guerra con la afirmación de que, como suponíamos, no existe un tratamiento de la gripe, no sólo específico, sino ni siquiera suficientemente ventajoso sobre los demás, para que pueda ser recomendado preferentemente. Como ocurre en todas las enfermedades que se encuentran en este caso, cada autor tiene su tratamiento, que cree mejor, aunque, a decir verdad, todos los grandes clínicos franceses preconizan sus métodos terapéuticos con una discreta reserva que convendría fuera imitada entre nosotros.

En la mayoría de los servicios se emplea en gran abundancia los sueros anti-neumocócicos y antiestreptocócicos.

El primero es aplicado, en los casos con localizaciones broncopulmonares, generalmente en inyección intravenosa, a dosis de 30, 40 o más cent. cúb. La impresión de los clínicos que más han usado este procedimiento (Chauffard, Claude), no permite asignar un valor decidido a este tratamiento. En las formas broncopulmonares de una cierta intensidad, se hace en estas clínicas (previo examen bacteriológico) un amplio uso del suero antiestreptocócico, en inyección intramuscular, o intravenosa, o por ambas vías. En el Hospital de Saint-Antoine, en el que han sido tratados por este procedimiento centenares de casos, hay la impresión (sólo una impresión general) de que en estos enfermos son menos frecuentes las complicaciones purulentas, sobre todo, el empiema, sobre cuya casi constancia insiste mucho Chauffard.

Una vez establecido el empiema, el suero antiestreptocócico parece ser bastante útil, ya en inyección intravenosa, ya en amplias aplicaciones intrapleurales, consecutivas a la evacuación del líquido pleurítico.

Lo que no hemos visto emplear en ninguna parte es el suero antidiftérico, tan preconizado en España; como era de esperar, pues los sueros antineumocócicos y antiestreptocócicos poseen las mismas propiedades inmunígenas generales que pudiera tener el suero antidiftérico; y aunque no se pueden considerar tampoco como sueros específicos respecto de la infección gripal, es indudable que tienen especificidad respecto a las complicaciones; especificidad que no posee de ningún modo el suero antidiftérico.

En la actualidad, Claude y otros clínicos ensayan el tratamiento con sueros de convalecientes, sin resultados definitivos por ahora.

Como tratamiento farmacológico el más aceptado es el de los fermentos metálicos, que recomienda principalmente Robin. Hemos de confesar que entre las numerosas gráficas que tiene recogidas, hay casos bastante convincentes respecto a la rapidez del descenso febril, si bien la circunstancia de tratarse de enfermos hospitalizados, y, por lo tanto, comenzados a tratar en general, en plena evolución de la bronconeumonía quita mucho valor al descenso de temperatura que en estos días tiende espontáneamente a bajar. Robin insiste mucho en la ineficacia de los fermentos metálicos del comercio, y por lo tanto, en la ventaja de que sean preparados en cada clínica (como se hace en la suya por su jefe de Laboratorio, doctor Bournigault, a quien hemos seguido personalmente en sus trabajos). Pero otros observadores, como Claude, dicen haber obtenido también buenos resultados con los fermentos comerciales.

Chauffard y otros varios emplean la urotropina en solución hipertónica, en inyección intravenosa y a grandes dosis. Algunos dicen haber obtenido grandes resultados; pero la opinión de los clínicos más juiciosos es todavía reservada. Netter insiste en la conveniencia de dar la urotropina por vía bucal.

Naturalmente, hay muchos partidarios del tratamiento sistemático por la quinina, entre ellos Robin, que la asocia constantemente a los fermentos metálicos. Igual podemos decir de los antitérmicos corrientes, siendo el preferido el piramidón.

La sangría empleada por Ravault es también usada de un modo discrecional (formas asfícticas con edema pulmonar) en la mayoría de las clínicas.

En los casos con astenia muy pronunciada, es corriente el uso de la adrenalina en dosis variables. Claude ha observado que la hipotensión arterial y la disminución de la amplitud oscilométrica característica de estos casos, obedece mejor a los extractos de hipófisis que a los de suprarrenal.

Nada añadiremos a los tratamientos sintomáticos en los que se siguen las prácticas habituales.

Añadiremos, para terminar, que, respecto al tratamiento quirúrgico de los frecuentes empiemas pleuríticos, la experiencia de los clínicos franceses les ha condu-

cido a apelar sólo en casos excepcionales a las resecciones costales, por la frecuencia con que dicen haber visto complicaciones post-operatorias, locales y septicémicas.

Creemos un deber terminar esta relación expresando desde aquí nuestra gratitud a todas las personalidades científicas que hemos citado, por el modo entusiasta y cordial con que nos han acogido. En medio del trabajo abrumador que pesa sobre los que dirigen los grandes centros médicos y sanitarios de Francia, y en el momento de intensa emoción por que atraviesa ahora todo el país, hemos encontrado en todas partes tal suerte de facilidades y de deferencias, que nos obligan a esta pública declaración de nuestro reconocimiento.

Conviene, por último afirmar, y lo hacemos con viva complacencia, que en conjunto, las medidas sanitarias dictadas por nuestra Inspección General de Sanidad, coinciden con las tomadas aquí y en los demás países de Europa.

Por desgracia, se trata de una enfermedad con la que apenas es posible luchar, desde el punto de vista epidemiológico. Deben acogerse, por lo tanto, con serenidad y con respeto las aparentes faltas de eficacia de la acción sanitaria del Estado, siendo de todo punto injusto y revelador de un penoso grado de incultura el hacer responsable de cosas biológicamente irremediables a los organismos y personalidades encargados de la defensa sanitaria de la nación.

París Octubre 1918.—G. MARAÑÓN, G. PITTALUGA, A. RUIZ FALCÓ.





# Instituto de Vacunación de Murcia

FUNDADO EN EL AÑO 1883



Tubos y cristales de linfa-vacuna fresca y  
garantizada a 1'25 y 1'50 ptas.

Vacunas directas de dicho Instituto, 5 pesetas

Ternerías vacunadas precios convencionales

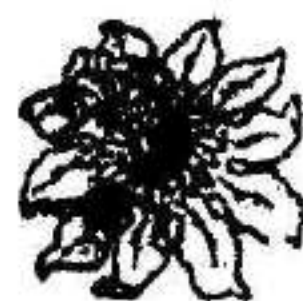
DIRECTOR:

*Dr. Martínez Ladrón de Guevara*

CALLE DE ZOCO

MURCIA

Análisis clínicos de orinas,  
esputos, sangre, jugo  
gástrico, heces, pus,  
exudados, líquido  
céfalo-raquídeo,  
etc., etc.



**Laboratorio Guillamón**

Reacciones  
de Wassermann,  
Widal, etc.



Plaza de S. Agustín (Lonja), núm. 2

**MURCIA**